



PARLEMENT EUROPEEN

Secrétariat général

Direction générale des Etudes

Dossiers de Recherche et Documentation

**THE POLICIES OF THE MEMBER STATES
TOWARDS COMBATting THE
DRUGS PROBLEM
WITHIN THE COMMUNITY**

**LA POLITIQUE DES ETATS MEMBRES
DE LA COMMUNAUTE EN MATIERE
DE LUTTE CONTRE LA DROGUE**

Série environnement,
santé publique et
protection des consommateurs n°

9

10 - 1986

LA POLITIQUE DES ETATS MEMBRES DE LA COMMUNAUTE

EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE

THE POLICIES OF THE MEMBER STATES

TOWARDS COMBATTING THE DRUGS PROBLEM WITHIN THE COMMUNITY

SOMMAIRE

	Page
- Introduction	5
- Liste des députés membres de la commission d'enquête	7
- Questionnaire établi par la commission d'enquête	9
1. Allemagne	13
- position du gouvernement allemand	15
- résumé en français de la position allemande	27
- statistiques	28
2. Grèce	31
- position du gouvernement grec	33
- statistiques	36
3. Espagne	43
- position du gouvernement espagnol	45
- statistiques	51
4. France	53
- position du gouvernement français	55
- statistiques	59
5. Irlande	75
- position du gouvernement irlandais	77
- statistiques	91
6. Luxembourg	95
- position du gouvernement luxembourgeois	97
7. Pays-Bas	103
- position du gouvernement néerlandais	105
8. Portugal	121
- position du gouvernement portugais	123
9. Royaume-Uni	127
- position du gouvernement britannique	129
- statistiques	142

Introduction

La toxicomanie constitue sans l'ombre d'un doute, l'un des fléaux du XXème siècle, surtout dans les pays industrialisés. Aussi le Parlement européen, porte-parole des nations tant dans leurs espérances que dans leurs angoisses, se devait de se pencher sur cette douloureuse et difficile question.

Le 13 septembre 1985, M. GAWRONSKI (LIB. It.) transmettait au Bureau du Parlement une demande, signée par un quart des députés, en vue de la constitution d'une commission d'enquête sur le problème de la drogue dans la Communauté. La commission fut constituée, conformément à l'article 95 du règlement, le 8 octobre 1985.

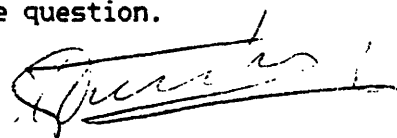
Une des premières décisions prises par la commission d'enquête - qui a bien voulu me nommer à sa présidence - a été de confier à Sir Jack STEWART CLARK la tâche délicate d'élaborer le rapport qui sera présenté à la séance plénière que le Parlement européen tiendra du 6 au 10 octobre 1986 à Strasbourg.

Afin de préparer un document aussi circonstancié que possible, la commission d'enquête a organisé un certain nombre d'auditions publiques. Par ailleurs, un questionnaire détaillé, expédié par mes soins au nom de la commission le 19 novembre 1985 au Président du Parlement aux fins de transmission officielle, a été envoyé à plusieurs centaines de personnes et d'organismes, gouvernementaux ou non, travaillant dans les domaines de la

lutte contre la drogue, de la prévention et de la réhabilitation. Les réponses ont été nombreuses et variées. Il apparaît utile dès lors d'assurer au moins la diffusion des réponses reçues des gouvernements, qui ont bien voulu ainsi faciliter le travail de la commission d'enquête. Le présent dossier de documentation a pour objet précisément de rassembler ces réponses des gouvernements, provenant des Etats membres suivants : l'Espagne, la France, la Grèce, l'Irlande, le Luxembourg, le Portugal, l'Allemagne et le Royaume-Uni. Il a par ailleurs été possible d'y joindre une documentation officielle pour les Pays-Bas.

Ce dossier de documentation apparaît utile pour la compréhension des recommandations préparées par la commission d'enquête face à la multiplicité des politiques suivies par les Etats membres dans ce domaine. Alors que la commission d'enquête menait ses travaux, le Conseil Européen qui s'est tenu les 26 et 27 juin 1986 à La Haye se déclarait extrêmement préoccupé par le grave problème que constitue l'abus des stupéfiants. Aussi a-t-il estimé opportun d'organiser une concertation ad hoc entre les Etats membres et la Commission européenne, afin d'examiner quelles initiatives pourraient être prises dans ce domaine sans qu'il y ait double emploi avec les travaux effectués ailleurs. Cette question sera examinée par les ministres de l'Intérieur dans le courant de l'automne.

Cet important travail de compilation devrait permettre aux membres du Parlement européen ainsi qu'aux personnes intéressées par le sujet, de mieux appréhender les tenants et les aboutissants de cette question.



Mme GIANNAKOU-KOUTSIKOU

Présidente de la commission d'enquête
sur le problème de la drogue dans les pays
de la Communauté européenne

Athènes, le 27 août 1986

Liste des députés membres de la commission d'enquête

- Mme GIANNAKOU-KOUTSIKOU, Présidente (PPE. Gr.)
- Mme Vera SQUARCIALUPI, 1ère vice-présidente (Com. It.)
- Mme Eileen LEMASS, 2ème vice-présidente (RDE. Irl.)
- Mme Brigitte HEINRICH, 3ème vice-présidente (ARC. RFA)
- Mme Hedy d'ANCONA (Soc. NL.)
- Mme Mary BANOTTI (PPE. Irl)
- Mr Elmar BROCK (PPE. RFA)
- Mr Carlo CASINI (PPE. It.)
- Mme Martine LEHIDEUX (DR. Fr.)
- Mr Vincenzo MATTINA (Soc. It.)
- Mr Andrew PEARCE (ED. RU)
- Mme Heinke SALISCH (Soc. RFA)
- Mme Christiane SCRIVENER (Lib. Fr.)
- Sir Jack STEWART-CLARK (ED. RU)
- Melle Carole TONGUE (Soc. RU)
- Mr Marco PANELLA - Observateur (NI - It.)

Questionnaire

Abus de drogues

1. Selon vous, quel est actuellement le degré de gravité du problème de la drogue ?

En ce qui concerne l'héroïne ?
En ce qui concerne la cocaïne ?
En ce qui concerne d'autres drogues dures, y compris les drogues de synthèse ?
En ce qui concerne les substances sous forme combinée (alcool + médicaments) ?
Percevez-vous à cet égard une évolution et vers quelles substances ?
2. Quelle est, à votre avis, la relation existant entre les drogues douces (par exemple cannabis/alcool/tranquillisants) et l'augmentation de la toxicomanie à l'échelon international ?

Fabrication illicite et substitution des cultures

3. Quelles mesures préconiserez-vous pour lutter contre la culture et la production de drogues illicites ?

Application de la loi

4. Quelles mesures préconiserez-vous pour lutter contre les trafiquants de drogue (par opposition aux revendeurs) en recourant à tous les moyens dont disposent les autorités ?
5. Quelles structures administratives seraient nécessaires dans votre pays pour combattre plus efficacement la propagation des drogues ?
6. Quelles mesures préconiserez-vous pour lutter contre la diffusion de la drogue et son phénomène connexe, la petite délinquance dans la rue ?

Toxicomanie

7. Quelles mesures préconiserez-vous pour aider les toxicomanes ?
En particulier, quelles mesures de traitement faut-il prendre sur une base tant obligatoire que volontaire ?

8. Que faut-il faire pour empêcher en tout premier lieu la toxicomanie chez les jeunes gens ? Quel doit être le rôle des enseignants, des parents, des anciens drogués, etc ? Quelle doit être l'importance relative de chacun d'eux ? Que faut-il faire pour éduquer la société en général et la rendre plus consciente des dangers que présentent les drogues dures ? Existe-t-il, à cet égard, des expériences positives ?

Libéralisation

9. Comment réagissez-vous aux appels émanant de certains milieux en faveur de la libéralisation du commerce de la drogue ?

Action de la Communauté européenne

10. A votre avis, quelles mesures doivent en particulier prendre les institutions de la Communauté des Douze pour contribuer à résoudre le problème de la drogue et de la toxicomanie ?

(Nous vous demandons de bien vouloir établir une corrélation entre la réponse à cette question et les réponses données aux questions 1-9 ci-dessus)

11. Quelle est, à votre avis, la mesure la plus importante qui pourrait être prise à l'échelon européen pour lutter contre le problème de la toxicomanie ?

N'hésitez pas à nous faire part de votre point de vue sur tout autre aspect qui, selon vous, serait lié à ce problème.

Questionnaire

Drug Abuse

1. How serious do you consider the present drug problem to be?

In Heroin?

In Cocaine?

In other Hard Drugs including synthetic drugs?

In combined form (alcohol + medicaments)?

Do you see any trend in the drug problem and towards which substances?

2. What is your opinion about the relationship between drugs of entry (e.g. cannabis/alcohol/tranquilizers) and the increase in international drug abuse?

Illicit manufacture and crop substitution

3. What measures do you recommend should be taken to combat the cultivation and production of illicit drugs?

Law enforcement

4. What measures do you recommend should be taken against drug traffickers (as opposed to street pushers) by all means open to the authorities?
5. What administrative structures would be necessary in your country to combat the spread of drugs more effectively?
6. What measures do you recommend should be taken to combat the spread of drugs and related petty crimes at street level?

Addiction

7. What measures should be taken to assist the drug addict?
In particular what measures for treatment need to be taken both on a compulsory and on a voluntary basis?
8. What needs to be done to prevent the taking of drugs by young people in the first place? What role should teachers, parents, ex-addicts, etc. play? What is the relevant importance of each? What needs to be done to educate society in general to a greater awareness of the dangers in hard drugs? Have there been any positive experiments in this connection?

Liberalization

9. What is your reaction to calls from some quarters for the liberalization of the drug trade?

European Community action

10. What particularly do you believe the institutions of the Community of the 12 can do to assist in the problem of drugs and drug abuse?

(Please try to relate your answers under this question to paragraphs 1-9 above.)

11. What is the single most important measure which you believe could be taken at European level to combat the problem of drug abuse?

ooo

Please do not hesitate to give us information on your views on any other matter you consider to be of relevance.

ooo

QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE

1. Statistiques des cinq dernières années connues, sous la forme suivante :
 - a) un tableau indiquant le nombre des infractions sanctionnées - par rapport à l'ensemble des infractions - en relation avec le trafic de drogue et avec l'usage illicite de drogue, en distinguant si possible la nature des peines appliquées (prison, confiscation) et/ou les mesures individuelles prises à l'égard des toxicomanes (hospitalisation, réadaptation) ;
 - b) un tableau indiquant le nombre de saisies de drogue :
 - par type de drogue (opiacés, cocaïne, cannabis, autres), avec l'indication des quantités et
 - par organes ayant opéré la saisie (police, douane, autres organes);
 - c) un tableau indiquant le nombre de toxicomanes constatés officiellement et estimés, en distinguant si possible par type de drogue (héroïne, cocaïne, cannabis, autres drogues), par sexe, par nationalité (nationaux, non-nationaux).
2. Exposé succinct de la politique du gouvernement en matière de drogue, notamment en ce qui concerne la répression du trafic, le traitement des toxicomanes et la coopération aux niveaux européen et international (plus ou moins 5 pages).
3. Autres informations jugées utiles pour les travaux de la commission d'enquête.

REPUBLIQUE FEDERALE D'ALLEMAGNE

A) Position du gouvernement allemand

- réponse envoyée le 25 mars 1986 par l'intermédiaire de la Représentation Diplomatique de la RFA auprès des Communautés européennes ;
- résumé en français de la position allemande.

B) Statistiques

- chiffres communiqués le 5 mai 1986 par le "Bundeskriminalamt"

**A) ANTWORTEN DER REGIERUNG DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
ZU DEM FRAGEBOGEN DES UNTERSUCHUNGS-AUSSCHUSSES FÜR DAS DROGENPROBLEM
IN DEN LÄNDERN DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFT**

Drogenmissbrauch

1. Wie gravierend ist Ihres Erachtens das gegenwärtige Drogenproblem, und zwar im Hinblick auf:
- Heroin?
 - Kokain?
 - Andere harte Drogen einschliesslich künstlich hergestellter Drogen;
 - Kombinierte Erscheinungsformen (Alkohol plus Medikamente)?
 - Lässt das Drogenproblem Ihres Erachtens einen bestimmten Trend erkennen, und wenn ja, welchen?

Antwort:

In der Bundesrepublik bewegt sich das Problem des Missbrauchs illegaler Drogen seit Jahren auf dem gleichen Niveau. Nach Schätzung der Gesundheitsbehörden gibt es etwa 50.000 Drogenabhängige. In den Drogenberatungsstellen ist jedoch seit 1980 kontinuierlich eine Abnahme von männlichen Klienten mit dem Problem Opiatabhängigkeit, überwiegend von Heroin, festzustellen. Von 1983 an sank der Prozentsatz von 9% der männlichen Klienten, die wegen Drogenmissbrauch behandelt wurden auf 7% im Jahre 1984, wobei sich vor allem der Anteil der Altersgruppe der 15- bis 17- jährigen verkleinert. Nicht so eindeutig ist der Trend bei den jungen Frauen. Während von 1980 bis 1983 ein kontinuierlicher Rückgang der Anzahl von Frauen stattfand, die die Beratungsstellen aufsuchten, ist dieser Trend für 1984 nicht mehr so eindeutig. 1983 waren 7% wegen Opiatabhängigkeit in Behandlung, 1984 waren es 6%. Insgesamt ist auch das Alter der weiblichen Klienten beim Missbrauch illegaler Drogen deutlich niedriger als das der Männer. Bei den Männern bis 19 Jahre suchten nur 15% die Beratungsstellen wegen Drogenproblemen und Abhängigkeit auf. Bei den Frauen

derselben Altergruppe waren es jedoch 35%. Noch gibt es nur Vermutungen, dass Drogenabhängigkeit bei jungen Frauen anderen Entstehungsbedingungen unterliegt, als bei Männern.

Während teilweise, wie z.B. bei Heroin, seit etwa 3 Jahren eine kontinuierliche Abnahme des Missbrauchs festgestellt werden kann, ist bei Cannabis dagegen, gemessen an den Sicherstellungsmengen, ein enormer Anstieg zu verzeichnen. Solche Schwankungen in einzelnen Teilbereichen des Drogenproblems hat es in den vergangenen Jahren immer wieder gegeben.

Die Zahl der Drogentoten in der Bundesrepublik Deutschland - die Definition des Drogentoten ist sehr umfassend - beträgt 1985 315. Sie liegt damit niedriger als 1984 mit 361 Todesfällen und hat den Stand von vor 1976 erreicht. Auffällig ist, dass sich der Anteil der Mädchen/Frauen bei den Drogentoten von einem Viertel im Jahre 1984 auf ein Drittel im Jahre 1985 erhöht hat.

Die besondere Aufmerksamkeit hat sich in den letzten Jahren auf Cocain gerichtet. Während die Sicherstellungsmengen bis 1984 emporschnellten, ist erstmals für das Jahr 1985 im Vergleich zum Vorjahr eine Stagnation festzustellen. 1984 wurden 170 kg beschlagnahmt, 1985 waren es 165 kg. In der Strassenszene taucht Cocain eher gelegentlich auf; nach wie vor ist das Problem überwiegend auf Künstlerkreise und auf die sogenannte jet-set-Gruppe konzentriert.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es eindeutig einen Trend zu polytoxikomanem Missbrauch bei der Gruppe der Abhängigen. Dabei spielen nicht nur der wechselseitige oder gleichzeitige Konsum von Opiaten und Medikamenten eine Rolle, sondern auch der kombinierte Missbrauch von Alkohol und Medikamenten. Besonders bei der Gruppe Frauen der mittleren Jahrgänge tritt gehäuft kombinierter Alkohol- und Medikamentenmissbrauch auf, während bei den illegalen Drogen vor allem junge Mädchen und Frauen betroffen sind und sich das zahlenmässige Verhältnis zu den jungen Männern nahezu auf 1:1 entwickelt hat.

2. Wie bewerten Sie die Beziehung zwischen Einstiegsdrogen (z.B. Cannabis/Alkohol/Beruhigungsmittel) und der Zunahme des internationalen Drogenmissbrauchs?

Antwort:

In der Bundesrepublik wird Drogenmissbrauch als Symptom für tieferliegende Störungen aufgefasst. Untersuchungen belegen, dass hoher Missbrauch von Alkohol auch mit der Bereitschaft, Cannabis etc. zu konsumieren, zusammenhängt. Die Mittel sind somit weitgehend austauschbar, die Grundproblematik dagegen ist identisch. Es erscheint deshalb unerlässlich, gegen alle Arten des missbräuchlichen Konsums von Substanzen vorzugehen, und zwar national und international, um auf der einen Seite die Nachfrage und auf der anderen Seite gezielt das Angebot zu bekämpfen.

Illegale Herstellung und unerlaubter Anbau

3. Welche Massnahmen schlagen Sie zur Bekämpfung des unerlaubten Anbaus und der illegalen Herstellung von Drogen vor?

Antwort

Für den illegalen Anbau und die illegale Herstellung von Drogen sollte eine fühlbare Bestrafung vorgesehen werden. Das deutsche Betäubungsmittelgesetz stuft solche Delikte als Vergehen ein und sieht dafür Freiheitsstrafen bis zu 4 Jahren oder Geldstrafe vor. In besonders schweren Fällen, wie z.B. gewerbsmässiges Handeln oder Gefährdung der Gesundheit mehrerer Menschen, sieht das Gesetz Freiheitsstrafe von 1 bis zu 15 Jahren vor. Es kommt darauf an, dass diese, aber auch alle anderen, strafbaren Handlungen nach dem Betäubungsmittelgesetz konsequent von den Strafverfolgungsbehörden verfolgt werden. Massnahmen zugunsten der Strafverfolgung finden sich in der Antwort zu Frage 5.

Wichtig für die Bekämpfung der illegalen Herstellung von Drogen ist auch, Chemikalien, die für die illegale Drogenherstellung verwendet werden, wirksam zu kontrollieren. Als Massnahmen kommen freiwillige Absprachen mit der Industrie, ein gesetzliches Monitoring-System sowie Vereinbarungen zur internationalen Zusammenarbeit in dieser Frage in Betracht. In der Bundesrepublik Deutschland wird zu diesen Fragen im Herbst 1986 eine internationale Konferenz unter Beteiligung von IKPO/Interpol und dem Brüsseler Zollrat (CCC) durchgeführt. Die Bekämpfung der Produktion illegaler Drogen

erfordert eine enge internationale Zusammenarbeit mit einem verstärkten Informationsaustausch. Dies kann durch den Einsatz von Rauschgift-Verbindungsbeamten erheblich gefördert werden, die deutsche Ermittlungen unterstützen. Die Bundesrepublik Deutschland hat vor 3 Jahren mit dem Aufbau eines solchen Netzes von Verbindungsbeamten begonnen. Zur Zeit sind insgesamt 8 Beamte im Einsatz. Es ist eine Endausbaustufe von ca. 30-35 Beamten in Anbau- und Transitländern geplant. Auch die Ausdehnung des sog. Heroin-Analyse-Programms des deutschen Bundeskriminalamtes auf alle europäischen Ländern könnte ein erfolgreicher Schritt sein. Danach werden von allen grösseren Sicherstellungen Proben zentral analysiert, um Teilmengen zusammenzuführen und Zusammenhänge erkennen zu können. Hierdurch ist die Entdeckung mehrerer illegaler Laboratorien gelungen.

In den Drogenanbauländern ist die vollständige Unterbindung von Anbau und Verwertung der Drogenpflanzen das Ziel internationaler Bemühungen. Hierzu dient u.a. das Drogenanbau-Substitutionsprogramm des Suchtstoff-Kontrollfonds der Vereinten Nationen (UNFDAC), den die Bundesrepublik Deutschland finanziell massgeblich unterstützt.

Die Unterbindung des Anbaus von Drogenpflanzen bzw. seine Ersetzung durch alternative landwirtschaftliche Produkte wirft sozialökonomische Probleme auf. Die Lebensgrundlagen der Bevölkerung müssen auf andere Weise gesichert werden. Hierzu bedarf es vor allem tatkräftiger örtlicher Unterstützung durch Ausgabe von geeignetem Saatgut und der Zusicherung von Vermarktungsgarantien bis hin zu Handelspräferenzen. Die Internationale Staatengemeinschaft sollte sich zu Hilfestellungen aufgefordert fühlen.

Anwendung des Gesetzes

4. Welche Massnahmen sollten Ihres Erachtens mit allen den Behörden zu Gebote stehenden Mitteln gegen Drogenhändler (im Gegensatz zu Strassendealern) ergriffen werden?

Antwort:

Das deutsche Betäubungsmittelgesetz verfolgt mit seinem strafrechtlichen Teil vor allem das Ziel, die schwere Betäubungsmittel-Kriminalität durch strenge Bestrafung zu bekämpfen. Das Gesetz stuft den Handel mit Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge in der Regel als besonders schweren Fall der Betäubungsmittel-Kriminalität ein und bedroht eine solche Straftat mit Freiheitsstrafe von 1 bis 15 Jahren. Die Einfuhr von Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge wird als Verbrechen mit Freiheitsstrafe von 2 bis 15 Jahren geahndet.

Für die Bekämpfung des Drogenhandels sowie aller anderen Formen der Drogen-Kriminalität gilt, dass der gesetzlichen Strafbewehrung nur durch eine konsequente Strafverfolgung Wirksamkeit verliehen werden kann.

Das geltende deutsche Recht sieht auch Möglichkeiten vor, auf die durch verbotene Drogengeschäfte erzielten Gewinne und Erträge zuzugreifen. Solche Zugriffsmöglichkeiten könnten im Rahmen der Systematik der Strafrechtsordnung daraufhin überprüft werden, ob sie gesetzlich erweitert und verbessert werden sollten.

Auch der Deutsche Bundestag hat die Bundesregierung aufgefordert, alle nötigen Initiativen zu ergreifen, um Vermögenswerte aus illegalen Drogengeschäften aufzuspüren und der Verfügung der Täter zu entziehen. Die Bundesregierung ist bemüht dieser Aufforderung Rechnung zu tragen. Entsprechende Vorschläge werden zur Zeit anlässlich der Konzipierung einer neuen Drogen-Konvention gegen den illegalen Drogenhandel im Rahmen der Vereinten Nationen erörtert.

Für Strassendealer sieht das Betäubungsmittelgesetz keine besondere strafrechtliche Behandlung vor. Sie unterliegen derselben Strafandrohung wie andere Drogenhändler auch. Gleichwohl sind Differenzierungen in der strafrechtlichen Behandlung von kleinen bis mittleren Drogenstraftätern möglich (z.B. Einstellung des Verfahrens wegen geringer Schuld).

5. Welche administrativen Strukturen wären in Ihrem Land für eine wirksamere Bekämpfung des Drogenhandels erforderlich?

Antwort:

In der Bundesrepublik Deutschland sind die administrativen Strukturen zur Bekämpfung der Drogen-Kriminalität insgesamt bereits weitreichend ausgebildet (Polizei, Zoll, Justiz für die Strafverfolgung und Verbrechensbekämpfung bzw. -vereitelung; Bundesgesundheitsamt für die Kontrolle des legalen Betäubungsmittelverkehrs). Gleichwohl stellt die wachsende Drogen-Kriminalität eine Herausforderung dar, die zu weiteren Aktivitäten Anlass gibt. Das Bundeskriminalamt hat eine neue Abteilung Rauschgift eingerichtet und strebt eine Verdoppelung der Ermittlungskapazität im Bereich der besonders schwierigen Auslandsermittlungen gegen höhere Handelsebenen an. Hierfür wurden zahlreiche neue Stellen und verstärkte Haushaltsmittel zur Verfügung gestellt. Die Ausbildungs- und Ausrüstungshilfe für ausländische Drogenbekämpfungsbehörden, die zu einer Zusammenarbeit bereit sind, wird verstärkt. Auch der Einsatz von verdeckten Ermittlern ist ein wichtiges Instrument bei der Drogenfahndung. Kontrollmassnahmen bei Industrie und Handel werden durchgeführt, um die Abzweigung von Chemikalien aus dem legalen Handel für Zwecke der illegalen Drogenherstellung zu verhindern. Auch für das Bundesgesundheitsamt (Bundesopiumstelle) wird eine personelle Verstärkung erörtert, um die Kontrolle des nationalen und internationalen legalen Betäubungsmittelhandels zu verbessern.

6. Welche Massnahmen sollten Ihres Erachtens zur Bekämpfung des Drogenhandels und der in Verbindung damit begangenen Bagatelldelikte ergriffen werden?

Antwort:

Die Massnahmen der Bundesrepublik Deutschland zur Verstärkung der Bekämpfung des Drogenhandels sind in der Antwort zu Frage 5 dargestellt.

Bei Bagatelldelikten, die neben einem Hauptdelikt begangen werden, bestehen nach deutschem Strafprozessrecht die Möglichkeiten, von der Verfolgung abzusehen, oder die Verfolgung zu beschränken. Dadurch wird die Strafverfolgung auf den Hauptverstoss, z.B. Drogenhandel, konzentriert und erleichtert. Ein solches System hat sich bewährt und erscheint allgemein empfehlenswert.

Sucht

7. Welche Massnahmen sollten ergriffen werden, um Drogenabhängigen zu helfen?
Welche Massnahmen sollten insbesondere hinsichtlich einer Behandlung ergriffen werden und zwar sowohl auf obligatorischer als auch auf freiwilliger Basis?

Antwort:

Es muss ein sehr differenziertes Angebot an Behandlungsmöglichkeiten geben, das dem Abhängigen an jedem Zeitpunkt seiner Drogenkarriere ermöglicht, eine für ihn gültige Alternative zum Drogenkonsum zu erkennen. In der Bundesrepublik gilt das System der therapeutischen Kette: Das bedeutet, dass für jeden Schritt im Verlauf der Betreuung des Abhängigen eine spezialisierte Institution zur Verfügung steht. Für denjenigen, der noch sehr in der Szene verhaftet ist, der aber beginnt, sich für eine Alternative zum Drogenkonsum zu interessieren, gibt es drogenfreie Cafés und Kontaktzentren für erste unverbindliche Kontakte mit Fachkräften. Über 600 Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und -abhängige stehen dann dem Abhängigen und seinen Angehörigen zur ambulanten Behandlung, zur Weitervermittlung in stationäre Langzeittherapie und zur Nachbetreuung zur Verfügung. Entgiftung ist in der Bundesrepublik praktisch in jedem Krankenhaus möglich, wird aber auch in spezialisierten Kliniken durchgeführt. In den letzten Jahren ist das stationäre Angebot für besondere Gruppen erweitert worden, wie z.B. für opiatabhängige Mütter mit kleinen Kindern, für opiatabhängige Paare, besonders junge abhängige und jugendliche straffällige Drogenabhängige. Im Bereich der ambulanten Behandlung von Opiatabhängigen gibt es erst wenige Ansätze; diese sollten aber weiterentwickelt werden vor allem unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Opiatabhängige in der Bundesrepublik z.B. kontinuierlich älter werden. Grundsätzlich ist eine Behandlung, zu der sich der Patient selbständig entschlossen hat, einer gerichtlich angeordneten therapeutischen Massnahme vorzuziehen. Dennoch gibt es Klienten, die nicht in der Lage sind, aufgrund ihrer Verstrickung in die Drogenproblematik die Realität und die angebotenen Hilfen zu erkennen und anzunehmen. In solchen Fällen ist in der Bundesrepublik auch eine Unterbringung durch Richterspruch vorgesehen mit dem Ziel, diese Zeit zu nutzen, um den Klienten zu einer langfristigen Therapie auf freiwilliger Basis zu motivieren.

Für die Unterbringung suchtkranker Jugendlicher in einer Entziehungsanstalt bestimmt das deutsche Jugendgerichtsgesetz, dass die Behandlung in einer Einrichtung zu erfolgen hat, die über entsprechende besondere therapeutische Mittel und soziale Hilfen verfügt. Zur Erreichung des Behandlungszieles kann der Vollzug auch aufgelockert und weitgehend in freien Formen durchgeführt werden.

Grundsätzlich sind in der Bundesrepublik alle therapeutischen Programme auf Drogenfreiheit ausgerichtet.

Im strafrechtlichen Bereich steht zusätzlich zu den genannten Möglichkeiten das Instrumentarium des Absehens von der Erhebung der öffentlichen Klage bzw. der Einstellung des Verfahrens, der Strafaussetzung oder Strafrestaussetzung zur Bewährung und der Zurückstellung der Strafvollstreckung zur Verfügung, um betäubungsmittelabhängigen Straftätern eine Therapie zu ermöglichen. Dieses System hat sich als hilfreich erwiesen und nicht nur drogenabhängige Straftäter vor der Vollstreckung der Strafe verschont, sondern solchen Personen auch aus der Strafhaft heraus zu einer Therapie verholfen.

8. Was sollte unternommen werden, um vor allem Jugendliche vom Gebrauch von Drogen abzuhalten? Welche Rolle sollten Lehrer, Eltern, ehemals Süchtige usw. übernehmen. Welche Bedeutung kommt jeder dieser Gruppen zu? Was muss getan werden, um der Gesellschaft im allgemeinen die Gefahren harter Drogen bewusster zu machen? Hat es in diesem Zusammenhang Experimente mit positivem Ergebnis gegeben?

Antwort:

Obwohl immer noch nicht im Detail erforscht ist, wie und wodurch gesundheitliche Aufklärung wirkt, herrscht in der Bundesrepublik die Überzeugung vor, dass das Drogenproblem ein anderes Ausmass angenommen hätte, wenn diese Aktivitäten nicht durchgeführt worden wären. Deshalb haben die Prävention und die gesundheitliche Aufklärung einen sehr hohen Stellenwert.

Es gibt in der Bundesrepublik keine wesentliche Zielgruppe mehr, für die nicht umfangreiches Aufklärungsmaterial zur Verfügung steht. Zielgruppen sind Kinder und Jugendliche, Eltern, Lehrer, Erzieher, Fachkräfte in der Jugendarbeit, Ärzte und ehrenamtliche Helfer.

Es gibt die verschiedensten Medien, die von all diesen Zielgruppen genutzt werden können. Curricula für den Schulunterricht, Broschüren und Faltblätter für Eltern und Erzieher, Spiele und Filme für Schulkinder, Theaterstücke über Drogen und Alkohol für Jugendgruppen zum Nachspielen sowie Material zur Gruppenarbeit mit Jugendlichen durch Fachkräfte in der Jugendarbeit.

Nicht nur auf der Ebene der Bundesregierung, die eine eigene Fachbehörde zur gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung unterhält, wird solches Material entwickelt und verbreitet, sondern auch auf der Ebene der Wohlfahrtspflege. Das Angebot ist sehr reichhaltig; es bleibt aber eine wichtige Aufgabe darauf zu achten, dass es auch genutzt wird. Aus der Erfahrung der letzten 1 1/2 Jahrzehnte mit Aufklärungskampagnen zum Missbrauchsverhalten erscheinen folgende Grundsätze besonders wichtig:

1. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung müssen kontinuierlich und langfristig durchgeführt werden. Einmalige und spektakuläre Aktionen nützen nichts.
2. Gesundheitserziehung muss in alle Bereiche des täglichen Lebens einfließen. Wer seinen Körper bewusst erhält, wer gelernt hat, menschliche Beziehungen aufzubauen und zu pflegen, wer weiss, welche gesundheitsgerechten Verhaltensweisen zu seinem Wohlbefinden beitragen, der ist auch weniger anfällig für den Missbrauch von Suchtstoffen.
3. Es wachsen stets neue Jahrgänge von jungen Menschen heran, die erstmals mit der Frage des Missbrauchs von Suchtstoffen konfrontiert werden. Auch ihre Lebensbedingungen, ihre Einstellungen und Motive zum Drogenkonsum haben sich häufig verändert. Deshalb ist stets das Angebot an Aufklärungsmaterialien zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Eine Differenzierung in der Aufklärung zwischen sog. harten und weichen Drogen wird für gefährlich gehalten. Zwar müssen bei der Information über die einzelnen Stoffe die unterschiedlichen Wirkungen und Folgeschäden glaubwürdig dargestellt werden; Prävention und gesundheitliche Aufklärung umfassen jedoch wesentlich mehr als die bloße Information über die Suchtstoffe. Prävention setzt an den Lebensbedingungen der jeweiligen Zielgruppe an und entwickelt auf

der Basis der Bedürfnisse und Motive dieser Zielgruppe geeignete Massnahmen. Auskunft über Projekte der verschiedensten Art kann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimer Strasse 200, 5000 Köln 40, geben.

Liberalisierung

9. Was meinen Sie zu der von verschiedener Seite geforderten Liberalisierung des Drogenhandels?

Antwort:

Eine Liberalisierung des Drogenhandels wird abgelehnt. Sie würde der ausdrücklichen Zielsetzung der internationalen Suchtstoffübereinkommen widersprechen, wonach die Verwendung von Suchtstoffen auf die Bereiche Medizin und Wissenschaft zu beschränken sind. Alle darüber hinausgehenden Verwendungsformen sollen aus gesundheitspolitischen Gründen vermieden werden. Ausser aus gesundheitspolitischen muss eine Liberalisierung des Drogenhandels auch aus kriminalpolitischen Gründen abgelehnt werden. Die Aufklärung über die Gefährlichkeit von Drogen würde unglaubwürdig, und die Strafandrohung für Betäubungsmitteldelikte würde ihre abschreckende Wirkung verlieren, wenn der Staat - in welcher Form auch immer - den Handel mit Betäubungsmitteln für beliebige private Einzelzwecke zuliesse. Das deutsche Betäubungsmittelgesetz geht von dem Prinzip aus, den Handel mit Drogen sowie alle anderen Betäubungsmitteldelikte grundsätzlich mit Strafe zu bedrohen. Ausser den bereits erwähnten Möglichkeiten des Absehens von der Strafverfolgung bzw. der Einstellung des Verfahrens lässt das Gesetz jedoch auch zu, von Strafe abzusehen, wenn der Täter Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt. Dem illegalen Drogenhandel kommt diese Privilegierung jedoch nicht zugute.

Massnahmen auf Gemeinschaftsebene

10. Wie könnten Ihres Erachtens insbesondere die Institutionen der Zwölfer-Gemeinschaft dazu beitragen, das Drogenproblem und das Problem des Drogenmissbrauchs zu lösen?

Antwort:

Oberster Grundsatz sollte die Koordinierung der Massnahmen und Vermeidung von unnötiger Doppelarbeit sein. Dabei muss realistischerweise davon ausgegangen werden, dass das Drogenproblem nicht in der Weise gelöst werden kann, dass es keine Drogenabhängigen mehr gibt. Schon das Vorhandensein von legalen Stoffen, die missbräuchlich verwendet werden können, macht beim Verknappen illegaler Stoffe das Umsteigen auf legale Stoffe möglich. Dennoch wäre im Bereich der Gesundheitspolitik ein verstärkter Austausch über Methoden der Erfassung des Drogenmissbrauchs, der Evaluation von gesundheitserzieherischen Massnahmen und über neue Erkenntnisse bei der Behandlung bestimmter Gruppen von Drogenabhängigen, wie z.B. Frauen, Jugendliche, straffällige Abhängige etc. wünschenswert. Auch eine Verbesserung der Zusammenarbeit von Polizei, Zoll und den jeweiligen Opiumstellen der Mitgliedsländer könnte im Rahmen der EG angestrebt werden sowie die Harmonisierung des Betäubungsmittelrechts.

Die EG-Mitgliedsländer sollten regelmässig im Rahmen der Pompidou-Gruppen zusammenarbeiten und könnten eine intensivere Abstimmung bei anderen internationalen Aktivitäten, etwa im Rahmen der Vereinten Nationen, ins Auge fassen.

Die EG kann auch dadurch einen Beitrag leisten, dass sie alle ihre Mitgliedsländer auffordert, den bestehenden und künftigen internationalen Suchtstoffübereinkommen beizutreten. Darüber hinaus kann sie bei internationalen Aktivitäten, wie z.B. der Schaffung einer neuen internationalen Konvention, durch abgestimmtes Verhalten zum Gelingen eines solchen Vorhabens beitragen und später - soweit möglich - durch Koordinierung zur Umsetzung einer solchen Konvention innerhalb der EG beitragen. Darüber hinaus sollte die EG die Zusammenarbeit mit solchen Drogenanbauländern suchen, die Massnahmen zur Ersetzung des Anbaues von Drogenpflanzen durchführen, um ihnen bei der Vermarktung der alternativen landwirtschaftlichen Produkte behilflich zu sein.

11. Welches wären die wichtigsten Einzelmassnahmen, die Ihres Erachtens auf europäischer Ebene zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs ergriffen werden könnten?

Antwort:

Vor Einzelmassnahmen wird gewarnt. Bei der Vielzahl internationaler Aktivitäten, an denen die meisten europäischen Staaten gleichzeitig beteiligt sind, müsste es möglich sein, bestimmte, verschiedene Schwerpunkte zu setzen, damit entsprechend seiner multikausalen Verursachung das Drogenproblem auch auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichen Strategien angegangen werden kann.

Résumé

D'après l'Administration de la Santé, la RFA compte quelque 50.000 drogués. Depuis quelques années, on constate une stagnation dans l'évolution du phénomène, voire même une récession pour ce qui est du nombre de personnes décédées du fait de la prise de drogue ; en 1985, on est revenu au niveau d'avant 1976. Comme partout ailleurs, on constate une tendance à l'utilisation de "cocktails" hallucinogènes (drogue + médicaments ou alcool + médicaments).

Afin de lutter plus efficacement contre la production de drogue, il est nécessaire de renforcer la coopération internationale : c'est pourquoi il y aura, en RFA, à l'automne 1986, une conférence internationale sur ce sujet, avec la participation d'Interpol et du Conseil de coopération douanière (ccc). Par ailleurs, la Communauté européenne devrait améliorer la coopération entre les polices, douanes et organismes spécialisés des Etats membres et arriver à une harmonisation du droit sur les questions liées à la drogue. Enfin la Communauté devrait inciter les Etats membres à signer les accords internationaux sur la drogue.

Au niveau national ouest-allemand, le gouvernement fédéral estime que les peines sont suffisantes (1 à 15 ans d'emprisonnement) en cas de trafic. La loi prévoit d'ores et déjà la possibilité de saisir les biens résultant du commerce de la drogue.

En matière thérapeutique, l'idée consiste à offrir une alternative à la consommation de drogue. Pour ce faire, il existe plus de six cents points d'accueil de par le pays. Le drogué qui désire rompre avec sa dépendance peut suivre une cure de désintoxication dans toutes les cliniques, étant entendu qu'il existe des établissements spécialisés. Le traitement en centres "ouverts" n'en est qu'à ses débuts et semble promis à un certain avenir.

Lors d'une affaire pénale, le juge peut contraindre la personne trop dépendante pour désirer rompre avec la drogue à suivre une thérapie en clinique, afin de l'amener à choisir volontairement de continuer par une cure de désintoxication. D'autre part, le juge sachant que l'emprisonnement ne constitue pas une solution dans le cas d'un drogué, peut le contraindre à subir une cure de désintoxication au lieu et place de l'incarcération pénitentiaire.

B) ANTWORT DES BUNDESKRIMINALAMTES

1. Anzahl der Delikte des illegalen Drogenhandels in der Bundesrepublik Deutschland der letzten 5 Jahre sowie den jeweiligen prozentualen Anteil an der Gesamtkriminalität?

Jahr	Gesamtkriminalität	RG-Delikte gesamt	davon illeg. Handel u. Schmuggel	proz. Anteil illeg. Handel u. Schmuggel an Gesamtkrimina- lität
1981	4.071.873	61.802	21.970	0,5 %
1982	4.291.975	63.002	23.165	0,5 %
1983	4.345.107	63.742	23.670	0,5 %
1984	4.132.783	60.588	23.010	0,5 %
1985	4.215.451	60.941	23.354	0,5 %

2. Bestrafungsmöglichkeiten?

Siehe beigefügten Gesetzesauszug.

3. Polizeilich ermittelte Rauschgiftstraftäter (allgemein, Handel/Schmuggel) der letzten 5 Jahre in der Bundesrepublik Deutschland?

Jahr	Rauschgift-Tatverdächtige gesamt	davon illegaler Handel/Schmuggel
1981	56.388	21.948
1982	60.671	23.429
1983	wegen Umstellung auf echte Täterzählung Angaben nicht möglich	
1984	50.398	21.409
1985	50.554	21.373

4. Sicherstellungsmengen in kg von Heroin (H), Kokain (K), Cannabisprodukten (C), Amphetamin (A) der letzten 5 Jahre in der Bundesrepublik Deutschland?

Jahr	C	H	K	A
1981	6.696	93	24	-
1982	3.190	202	33	16,5
1983	4.606	260	106	23,8
1984	5.646	264	171	14,5
1985	11.503	208	165	28,2

5. Anzahl der bekanntgewordenen Drogenabhängigen der letzten 5 Jahre in der Bundesrepublik Deutschland, unterteilt nach H, K, A und sonstigen harten Drogen sowie nach Geschlechter- und Ausländeranteil?

Jahr	H	K	A	sonst.	m/w in %	Ausländeranteil in %
1981	3.961	524	-	251	68,3 / 31,7	
1982	3.702	381	168	225	69,5 / 30,5	Angaben nicht möglich
1983	2.357	339	145	146	70,7 / 29,3	
1984	2.770	529	147	253	71,2 / 28,8	
1985	2.254	567	194	231	74,4 / 25,6	

Die Gesamtzahl der Abhängigen harter Drogen wird geschätzt zwischen 65.000 und 80.000.

Zu den Drogenabhängigen von Cannabisprodukten sind Angaben nicht möglich.

6. Anzahl der Drogentoten der letzten 5 Jahre in der Bundesrepublik Deutschland?

1981	=	360
1982	=	383
1983	=	472
1984	=	361
1985	=	324

GRECE

A) Position du gouvernement grec

- réponse au questionnaire transmis le 30 mai 1986 par Le Chef de la 3ème division, Direction de la Sécurité Publique, du Ministère de l'Ordre Public

B) Statistiques

- données jointes à la réponse du gouvernement grec

A) Position du gouvernement grec

Aperçu de l'action gouvernementale dans le domaine de la lutte contre la drogue, notamment en ce qui concerne la répression du trafic des stupéfiants, le traitement des toxicomanes et la coopération à l'échelle européenne et internationale.

1. a) Conformément à la législation hellénique en vigueur, la prévention et la répression des infractions à la législation sur les stupéfiants relèvent traditionnellement de trois administrations distinctes :
 - (i) le (ou les) ministère(s) de l'Intérieur et de l'Ordre public, c'est-à-dire les autorités policières chargées de la répression;
 - (ii) le ministère des Finances, c'est-à-dire les autorités douanières; et
 - (iii) le ministère de la Marine marchande, c'est-à-dire les autorités portuaires.
 - b) Cette division et les responsabilités particulières confiées aux services précités en fonction des compétences territoriales se justifient par la situation géographique de la Grèce, et notamment par l'existence de nombreuses routes maritimes, terrestres et aériennes - reliant les pays producteurs (situés en Orient) aux pays consommateurs (situés en Occident).
2. a) La législation sur les stupéfiants qui fut d'application jusqu'en 1970 n'était pas particulièrement sévère.
 - b) En 1970 parut le décret-loi n° 743 qui, conformément aux conceptions de l'époque qui voulaient que la drogue fût combattue sur deux fronts, celui du trafic et celui de la toxicomanie, prévoyait des peines sévères, notamment pour les personnes se livrant au trafic de stupéfiants.
 - c) Ce décret a néanmoins été modifié (décret-loi 1176/72) pour adopter la classification internationale (subdivision en quatre catégories des deux grandes catégories initiales de stupéfiants).

3. A l'heure actuelle, le problème de la drogue se présente sous deux aspects. D'un côté, il apparaît que le trafic de stupéfiants -c'est-à-dire tout ce qui a trait à l'achat, au commerce, au recel, au transport, à la vente - ne cesse de s'amplifier et, de l'autre, il y a les victimes, les consommateurs anonymes ou non, dont le nombre tend à croître dans des proportions terrifiantes qui ne sont pas sans dommages pour le pays et pour la société.
4. a) En Grèce, la consommation de drogues a augmenté au cours des dix dernières années, parmi les jeunes notamment, mais nous sommes heureusement en mesure d'affirmer qu'elle n'a pas atteint le degré de gravité et de dangerosité qu'elle présente presque partout ailleurs.
- b) Néanmoins, non seulement les mesures prises, dans un passé récent principalement, ne le cèdent en rien aux efforts entrepris à l'échelle mondiale, mais nous pouvons même prétendre que, à bien des égards, la lutte menée contre la drogue au niveau national est particulièrement dure et déterminée, comme en témoignent les succès remportés sur le plan international par les services grecs de répression.
5. En matière de lutte contre la drogue, la doctrine qui a actuellement cours en Grèce s'articule sur deux pôles : l'implacable et impitoyable répression des agissements de ceux qui, dans le but de faire des gains illicites, corrompent le tissu social, d'une part, et l'aide appropriée à apporter, dans la mesure du possible, aux victimes de cette situation, c'est-à-dire aux personnes en état d'assuétude et incapables de se désintoxiquer elles-mêmes, d'autre part.
6. Telles sont les conceptions sur lesquelles le gouvernement fonde aujourd'hui son action : cette politique qui ne diffère guère de celle des autres pays, est conforme à la doctrine du droit actuelle, et se fixe pour objectif final la réinsertion des toxicomanes dans le corps social.

Mesures spécifiques

a) Répression du trafic

- (i) Nous estimons que les peines, principales et accessoires, applicables aux auteurs de délits graves doivent être exemplaires. En outre, il conviendrait, si possible, d'harmoniser les législations communautaires en la matière.
- (ii) Nous pensons que le commerce, l'achat et la vente de stupéfiants ne régresseront et que le nombre de trafiquants ne diminuera que lorsque l'on sera convenu, outre les sanctions pénales, d'importantes mesures de dissuasion à caractère économique (levée du secret bancaire pour les trafiquants et saisie des biens meubles et immeubles que ceux-ci ont acquis grâce à leur activité illicite).

(iii) En ce qui concerne la prévention, facteur de la plus haute importance par les résultats qu'elle produit, les personnes soupçonnées de se livrer au trafic de la drogue sont, ainsi que les moyens de transport, surveillés étroitement.

b) Traitement des toxicomanes

(i) Le gouvernement a adopté, dans ce domaine, une attitude radicale. Il a renoncé aux instituts de psychothérapie dépendant de l'Etat et fondé, dans les deux plus grandes villes du pays, des centres de désintoxication dans lesquels, en règle générale, ne sont hébergés et soignés que les toxicomanes qui l'ont librement décidé.

(ii) Le gouvernement estime que les toxicomanes (personnes incapables de mettre elles-mêmes un terme à leur état de dépendance) ne doivent pas être considérés comme des délinquants mais traités comme des malades.

(iii) La société doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour que ces personnes puissent se réinsérer, tôt ou tard, dans le corps social et assumer un rôle productif.

(iv) En ce qui concerne les consommateurs ordinaires (personnes ne se trouvant pas en état de dépendance psychologique ou physique à l'égard de la drogue), le gouvernement estime qu'ils sont passibles de sanctions pénales, ces dernières devant être assurément moins sévères que celles qui sont applicables aux trafiquants.

c) Coopération à l'échelle européenne et internationale

(i) Non seulement nous sommes fermement attachés au principe de la coopération internationale, mais l'un des objectifs essentiels de notre action est de l'intensifier et de la rendre à l'avenir, grâce à des mesures appropriées, plus efficace et plus fructueuse.

(ii) Dans le domaine, plus spécifique, de l'échange de renseignements, la règle de conduite que nous nous fixons est la suivante: l'information doit être immédiate, claire et exploitable.

(iii) Nous sommes partisans du "contrôle de l'acheminement", grâce auquel on pourrait remonter les filières de la drogue, et nous accueillerions favorablement une éventuelle réglementation sur le plan communautaire en la matière.

(iv) Nous réservons une suite favorable à toute demande d'échange de vues entre représentants des Etats membres, car nous considérons que ces rencontres et initiatives sont non seulement utiles, mais aussi indispensables à l'adoption d'une ligne d'action commune face au problème de la drogue.

B) Statistiques

TABLEAU N° 1

recensant les infractions à la législation sur les stupéfiants commises au cours des cinq dernières années

1981	1982	1983	1984	1985
379	505	543	532	760

REMARQUES

1. Ce tableau recense les infractions dont la justice a eu à connaître ces cinq dernières années.
Il est toutefois impossible de connaître le nombre exact de celles d'entre elles qui ont dès à présent fait l'objet d'une décision de justice car il est rare, nul ne l'ignore, que les affaires introduites en première instance soient jugées dans des délais rapides et chacun sait, de surcroît, qu'il existe une procédure en seconde instance (appel) et le pourvoi, en dernière analyse.
2. a) Le droit grec range les infractions à la législation sur les stupéfiants dans la catégorie des crimes et les punit donc des mêmes peines de cinq ans d'emprisonnement à la détention à perpétuité) et la consommation de drogues dans la catégorie des délits et les punit, par conséquent, de peines d'un mois à cinq ans de détention.
b) Les consommateurs médicalement réputés "toxicomanes" ne sont pas punis et font l'objet d'une décision de confinement dans des centres de désintoxication.
c) Il existe également des peines accessoires, telles que la saisie des stupéfiants, des pièces à conviction, de tout objet ayant servi au trafic et à la fabrication, des biens meubles provenant du commerce des stupéfiants.
L'autorité judiciaire peut, en outre, ordonner que les personnes reconnues coupables d'activités criminelles soient, pour une durée de trois à cinq ans, éloignées de leur lieu de naissance ou de résidence, et que les décisions de justice soient publiées dans la presse quotidienne.
d) Les mineurs sont enfermés dans des établissements pénitentiaires qui leur sont réservés ou placés sous tutelle judiciaire.

TABLEAU N° 2 a

Drogues et stupéfiants saisis par la police grecque en 1981

	Nombre de prises	kg-gr	Cachets, gélules	Plants	Doses	Boîtes	Pièces	Gouttes	Ampoules
Morphine	3	145 g							
Heroïne	3	13 kg 140 g			35				
Opium	2	2 kg 152 g			5				
Composés de la coca									
Cannabis traité	191	3.082 kg 518 g							
Canabis non traité	87	124 kg 977 g							
Marijuana	2	8 g					57		
Haschisch	46								
Plante de cannabis	2		2						
LSD	7		102		4			121	
Cocaïne	4		2.349						
Romidon	1		6						
Artane	1								
Dicovix	1								
Tavor	1								
Valium	1								
Hypnostédon	1								
Stédon	1		50						
Ritalin	1								
Sosegon	1		10						
Madfrax	1		8						
Lonarid	1								
Dicodid	1		70						
Nébutal	1								
Kardiazol	1								
Dolviran	1		4						
Daver	1								
Lexatonia	1								
Codéine	1	65 g			28				
pâtiline	1								
Phénobarbital	1								
Méthadone	1	185 g						311	
Médicaments et préparations divers									

REMARQUE : Conformément à la législation hellénique, les services compétents en matière de répression sont, dans leurs ressorts respectifs, les autorités policières portuaires et les autorités douanières.

TABLEAU N° 2 b

	Nombre de prises	kg-gr	Cachets, gélules	Plants	Doses	Boîtes	Pièces	Gouttes	Ampoules
Morphine	4	1 gr							
Heroïne	173	51 kg 592 g							
Opium	7	407 g							
Composés de la coca	5	44 g							
Cannabis traité	181	08.135 kg							
Canabis non traité	39	53 kg							
Marijuana	4	42 kg							
Haschisch	6	262 g							
Plante de cannabis	45			3553					
LSD	5		34						13
Cocaïne	3	40 g							85
Romidon	9		35						
Artane	4		176						19
Dicovix	5								
Tavor	1		16						
Valium									
Hypnostédon									
Stédon									
Ritalin									
Sosegon	2		24						
Madrax									
Lonarid									
Dicodid									
Nébutal	4		40						1
Kardiazol	9		40						
Dolviran	1		12						
Daver									
Lexatonia									
Codéine									
Péthidine									
Phénoarbitol	1								128
Méthadone									
Médicaments et préparations divers									

REMARQUE : Conformément à la législation hellénique, les services compétents en matière de répression sont, dans leurs ressorts respectifs, les autorités policières portuaires et les autorités douanières.

Drogues et stupéfiants saisis par La police grecque en 1983

TABLEAU N° 2 c

	Nombre de prises	kg-gr	Pacquets, gélules	Plants	Doses	Boîtes	Pièces	Gouttes	Ampoules
Morphine	1	5 g							
Heroïne	146	14 kg 928 g							
Opium	8	1 kg 103 g							
Composés de la coca	5	48 g							
Cannabis traité	282	98 kg 178 g							
Canabis non traité	84	26 kg 621 g							
Marijuana	5	61 g							
Haschisch	5	476 g		4889					
Plante de cannabis	89								
LSD	3		12						
Cocaïne	7	176 g							
Romidon	1		8						
Artane	1		2						
Dicovix	7								
Tavor	3		214						
Valium									
Hypnostédon									6
Stédon	1		109						
Ritalin									
Sosegon									
Madrax									
Lonarid									
Dicodid									
Nébutal									
Kardiazol	10								
Dolviran									
Daver									
Lexatonio	2		217						
Codéine									
Péthidine									
Phéno-barbital	1				21				
Méthadone									
Médicaments et préparations divers	14		506		63				

REMARQUE : Conformément à la législation hellénique, les services compétents en matière de répression sont, dans leurs ressorts respectifs, les autorités policières portuaires et les autorités douanières.

Drogues et stupéfiants saisis par la police grecque en 1984

TABLEAU N° 2 d

	Nombre de prises	kg-gr	Cachets, gélules	Plants	Doses	Boîtes	Pièces	Gouttes	Ampoules
Morphine	2	5 kg 700 g							
Heroïne	117	7 kg 263 g			23				
Opium	5	590 g	43						
Composés de la coca	3	31 g							
Cannabis traité	184	2020 g							
Canabis non traité	102	24 kg 54 g							
Marijuana	4	23 g							
Haschisch	4	44 kg 443 g		4655					
Plante de cannabis	67								
LSD			97						6
Cocaïne	6	189 g							
Romidon	1								
Artane	9		510						
Dicovix	18								
Tavor	3		205						
Valium	8		507						
Hypnostédon	5								
Stédon									25
Ritalin	1		282						
Sosegon									
Madrax									
Lonarid									
Dicodid									
Nébutal									
Kardiazol									
Dolviran									
Daver									
Lexatonio									
Codéine									
Péthidine									
Phénobarbital									
Méthadone									
Médicaments et préparations divers	19								9

REMARQUE : Conformément à la législation hellénique, les services compétents en matière de répression sont, dans leurs ressorts respectifs, les autorités policières portuaires et les autorités douanières.

TABLEAU N° 2 e

	Nombre de prises	kg-gr	Cachets, gélules	Plants	Doses	Boîtes	Pièces	Gouttes	Ampoules
Morphine	3	10 g							
Heroïne	104	12 kg 501 gr			83				
Opium	8	80 gr							
Composés de la coca									
Cannabis traité	142	453 kg 597 gr							
Canabis non traité	193	58 kg 905 gr							
Marijuana									
Haschisch									
Plante de cannabis	114			14.669					
LSD	4		5						
Cocaïne	5	46 gr							
Romidon									
Artane	3		78			6			
Dicovix	25					32			
Tavor	2		16			1			
Valium									
Hypnostédon	15		275			1.473			
Stédon									
Ritalin									
Sosegon									
Madrax									
Lonarid	2		20			1			
Dicodid	28		60			84			
Nébutal									
Kardiazol									
Dolviran									
Daver									
Lexatonio									
Codeïne	3		540						
Péthidine	10	10 gr	515		680				
Phénobarbitol									
Méthadone									
Médicaments et préparations divers	51					487			

REMARQUE : Conformément à la législation hellénique, les services compétents en matière de répression sont, dans leurs ressorts respectifs, les autorités policières portuaires et les autorités douanières.

TABLEAU N°3

Ce tableau recense le nombre des toxicomanes enregistrés pour la période 1981 - 1985

	Grecs	Etrangers	Total	Femmes	Hommes
1981	-	-	859	-	-
1982	-	-	1.037	-	-
1983	-	-	1.015	-	-
1984	-	-	776	-	-
1985	472	42	514	51	463

REMARQUES

1. La criminalité dans le domaine des stupéfiants étant notoirement clandestine, nous ne pouvons être certains du nombre global des toxicomanes et ne connaissons que celui des toxicomanes appréhendés.
2. Il est impossible de distinguer les toxicomanes en fonction des drogues utilisées car la plupart d'entre eux en consomment plusieurs, simultanément ou occasionnellement.
3. Jusqu'au 31 décembre 1984, la police grecque n'était pas à même de dresser un tableau détaillé de la situation réelle : il n'a donc pas été possible de classer les toxicomanes par sexe ou par nationalité. Depuis 1985, date de la réorganisation des services de la police grecque, la situation est plus claire.

ESPAGNE

A) Position du gouvernement espagnol

- réponse de la délégation du gouvernement pour le Plan national de lutte contre la drogue, organisme dépendant du Ministère de la Santé et de la Consommation, transmise le 2 juillet 1986 par l'Ambassadeur, Représentant Permanent de l'Espagne auprès des Communautés européennes

B) Statistiques

- données jointes à la réponse du gouvernement espagnol

A) POLITIQUE DU GOUVERNEMENT ESPAGNOL

Conscient de l'aggravation des problèmes de pharmacodépendance en Espagne, le gouvernement a toujours eu pour objectif de lutter contre le trafic et la consommation illicite de stupéfiants et de mettre en oeuvre des mesures d'assistance et de réhabilitation à l'intention des toxicomanes, parallèlement à des mesures de prévention.

L'adoption du Plan national de lutte contre la toxicomanie par le Conseil des ministres du 24 juillet 1985 marque une étape très importante dans ce domaine.

Ce plan a trois objectifs fondamentaux : d'abord celui de réunir un vaste consensus social. C'est la raison pour laquelle la collaboration des organismes sociaux et, plus particulièrement de toutes les administrations a été sollicitée pour promouvoir, sur une base majoritaire, la coopération et la coordination interinstitutionnelles et interrégionales.

Seule cette coordination peut permettre, d'une part, d'élaborer une politique cohérente susceptible d'orienter de façon rationnelle l'ensemble des programmes constituant ce Plan national de lutte contre la toxicomanie et, d'autre part, d'établir des mécanismes d'évaluation et de contrôle de caractère général qui en mesurent l'efficacité. Ces structures de coordination ont été créées dans le cadre des structures fondamentales de l'Etat, à savoir : le gouvernement central et les gouvernements autonomes.

Il convient à ce titre de souligner l'institution par décret royal de septembre 1985, d'un délégué du gouvernement au Plan national de lutte contre la toxicomanie qui joue, depuis lors, un rôle important dans la coordination et le fonctionnement des différents services ministériels, des organismes et administrations publics, ainsi que dans l'élaboration de propositions et d'actions de programmes relatifs à la lutte contre le trafic et la consommation de drogue.

En raison des multiples facettes du problème de la drogue et de ses implications sur le plan sanitaire, social, législatif et répressif, a été institué, dès le début, dans le cadre du Plan national, un groupe interministériel - formé des ministres du travail et de la sécurité sociale, de la justice et de l'intérieur, de la santé et de la consommation - qui, sous la présidence de ce dernier, a défini les critères et la politique générale du Plan.

Un groupe technique coordonne les programmes mis au point par ces ministères et par ceux de la culture, de l'éducation, des sciences et de la défense, en collaboration avec les représentants des ministères précités qui assurent le suivi technique et budgétaire des mesures engagées dans ces domaines pour 1986. Grâce à cette concertation, nous disposons ainsi d'informations ponctuelles et régulières concernant l'application du Plan national.

Afin d'assurer une coordination horizontale avec les gouvernements autonomes, ceux-ci ont désigné chacun un conseiller - en principe, la personne compétente en matière de services sanitaires et/ou sociaux - responsable de la politique d'aide aux toxicomanes à l'intérieur de la Communauté autonome.

La réunion de ces conseillers au sein de conférences sectorielles a permis une plus grande cohérence entre les régions autonomes, une adaptation de leur politique en fonction de celle du gouvernement central et la consolidation d'une coopération horizontale inexistante jusqu'à présent.

Des coordinateurs, ou délégués, sont chargés - à raison d'un par Communauté autonome - d'assurer le suivi et l'application des programmes élaborés par les gouvernements autonomes. Entretien des relations entre eux et avec l'administration centrale, ils se réunissent au sein de la conférence technique interrégionale, organe de coopération technique destiné à réviser les différents programmes et à établir les indicateurs permettant de procéder aux évaluations annuelles qui s'avèrent nécessaires.

Cette collaboration a porté ses fruits avec la récente signature d'accords passés avec douze gouvernements autonomes pour le financement, par l'administration centrale, de différents programmes régionaux de réhabilitation sociale et d'aide technique, ceci pour un montant global de 774 millions de pesetas.

Deuxième objectif fondamental du Plan : la reconnaissance sur le plan technique. Sont recueillies toutes les expériences ayant un aval scientifique, ce qui a permis de faire appel à la collaboration de nombreux experts, y compris internationaux, qui ont dans ce domaine apporté leur contribution aux recherches ces dernières années. Ainsi, l'Espagne est, depuis l'an dernier, beaucoup plus présente au sein des différents organismes internationaux compétents, tant au niveau européen, tel le groupe Pompidou et la commission d'enquête sur la drogue de la CEE, par exemple qu'auprès des organismes qui consacrent une partie de leurs programmes à la collaboration avec l'Amérique du Sud, (comme les Nations unies et l'Organisation des Etats américains). Il convient de souligner à ce propos la réunion qu'a tenue en mars dernier, à Madrid, l'Organe international de contrôle des stupéfiants et à laquelle vingt et un pays de la région des Caraïbes et de l'Amérique du Sud ont participé. Un certain nombre de conclusions ont été adoptées qui serviront de base de travail à la conférence extraordinaire sur le thème de la drogue, convoquée à l'initiative de M. Pérez de Cuéllar. Les participants ont souligné "l'impression très favorable que donnaient les efforts déployés par le gouvernement espagnol dans les domaines de la prévention, du traitement, du contrôle et de l'adoption du Plan national de lutte contre la toxicomanie.

Dans le but d'accroître l'efficacité des mesures que nous avons adoptées à tous les niveaux, nous négocions actuellement avec l'Italie, les Etats-Unis, le Portugal et le Maroc, la signature d'accords bilatéraux portant à la fois sur la coopération en matière de répression du trafic de drogue et sur un échange d'expériences dans les domaines de la prévention, de l'aide à la réinsertion des toxicomanes, dispositions dont les pays signataires attendent de grands bénéfices.

Troisième objectif du Plan : prévoir les moyens d'action nécessaires pour répondre aux exigences sociales et à l'évolution de la situation. La politique d'aide sanitaire élaborée en faveur des toxicomanes par le ministère de la santé et de la consommation vise, d'une part à renforcer et à développer les ressources tant humaines que matérielles dans le cadre du système d'assistance global et, d'autre part, à adapter ces moyens aux exigences requises par le diagnostic et le traitement de ce type de maladie.

L'accord concernant l'affectation de 630 millions de pesetas à l'INSALUD (Institut national de la santé), pour l'ouverture de 160 lits destinés à des cures de désintoxication, constitue l'initiative la plus remarquable qui ait été prise, en matière d'aide aux toxicomanes, pendant la durée d'application du Plan. En accord avec les gouvernements autonomes, y compris ceux de la Catalogne et de l'Andalousie, la somme en question - dont les services compétents de la sécurité sociale disposent déjà - a été répartie sur l'ensemble du territoire.

On met actuellement en oeuvre l'arrêté ministériel réglementant les traitements à base de méthadone, lesquels avaient perdu en Espagne une partie de leur efficacité, du fait de l'absence d'un programme thérapeutique adéquat. Dans les Communautés autonomes où la situation est la plus grave, un personnel qualifié assure la distribution de méthadone et dispense des indications thérapeutiques spécifiques dans des centres de soins publics. Il en résulte une diminution du nombre de malades soumis à ce type de traitement, puisqu'ils n'étaient plus que 1.890 en avril dernier contre 5.233 en septembre 1985. On a par ailleurs ainsi limité le risque de dépendance lié à l'utilisation de ce produit pharmaceutique et son écoulement vers des circuits de distribution illégaux.

Dans le souci de poursuivre l'amélioration de la qualité des soins dispensés aux toxicomanes de notre pays, d'autres programmes sont en cours d'élaboration tant en ce qui concerne l'essai de nouvelles méthodes thérapeutiques - la naltrexone, par exemple - que le contrôle de la justesse du diagnostic ou encore la formation spécifique du personnel. Il semble en effet extrêmement important d'inclure les méthodes et techniques relatives à ce type de soins dans les programmes d'études post-universitaires destinés aux médecins et aux psychologues.

Nous sommes en outre en train d'instituer un système de registre épidémiologique qui permettra non seulement de mieux connaître les caractéristiques sanitaires en Espagne de ce phénomène complexe qu'est la toxicomanie mais également de mieux évaluer les initiatives déjà prises à cet égard et de planifier celles à venir.

Dans ce contexte, nous ne pouvons omettre de citer le rôle déterminant que jouent les organes de sécurité de l'Etat - dont les résultats sont bien supérieurs à ceux qui sont enregistrés dans d'autres pays de notre environnement socio-économique - grâce au démantèlement d'importants réseaux internationaux de trafiquants et à la confiscation d'importantes quantités de stupéfiants. En effet, les saisies de drogue sont passées entre 1980 et 1985, de 6 à 252,6 kg pour l'héroïne, de 58 à 302,5 kg pour la cocaïne, de 11.381 kg à 64.248 kg pour le cannabis.

De telles actions se sont trouvées renforcées par l'accroissement des effectifs de la brigade centrale des stupéfiants dont le nombre de fonctionnaires est passé de 330 à 730 depuis le mois de décembre 1985.

Il est par ailleurs important de souligner la mise en oeuvre du "Plan Sud" dans la Communauté autonome d'Andalousie, où il s'est avéré nécessaire - du fait des caractéristiques particulières de cette région - d'adopter diverses mesures relatives à la coordination des actions menées par les organes de sécurité, à l'amélioration des contrôles aux postes frontières et sur les voies de communication, à des initiatives locales et au perfectionnement des systèmes d'information, toutes ces mesures s'inscrivant dans le cadre d'un plan global appliqué sous la direction du délégué gouvernemental de la région intéressée.

Ces mesures seront complétées par une modification de l'article 344 du Code pénal consistant en l'établissement de nouveaux types de délits et - dans certains cas - en l'aggravation des peines. On envisage par ailleurs la possibilité de remplacer la peine d'emprisonnement par une cure de désintoxication dès lors qu'il s'agit de toxicomanes qui se livrent au trafic de drogue dans le but exclusif de financer leur approvisionnement.

En conclusion, le gouvernement souhaite communiquer à l'opinion publique la conviction profonde qui est la sienne dans ce domaine, à savoir que la lutte contre la consommation illicite de drogue doit être basée sur la prévention aussi bien individuelle que collective. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de prêter une attention maximale à l'action préventive menée dans le cadre d'une politique de lutte contre la marginalité, - des jeunes en particulier -, et en faveur d'une éducation sanitaire prônant le respect du corps humain en tant qu'instrument de liberté.

B) Statistiques

REPONSES AU QUESTIONNAIRE DE LA COMMISSION D'ENQUETE SUR LE PROBLEME DE
LA DROGUE DANS LES PAYS DE LA COMMUNAUTE EUROPEENNE
SITUATION EN ESPAGNE

a) Nombre de personnes arrêtées par la police pour trafic de drogue.

1983	8.724
1984	11.561

Pourcentage d'étrangers détenus pour trafic de drogue.

1983	17,7 %
1984	19,3 %

Procès intentés auprès des tribunaux de province pour trafic de drogue.

1984	1.765
------------	-------

Procès intentés auprès des tribunaux de province pour conduite d'un
véhicule en état d'ébriété ou sous l'effet de la drogue.

1984	5.357
------------	-------

En Espagne, la consommation de drogue n'est pas délictueuse. Se reporter
au paragraphe en ce qui concerne les mesures adoptées à l'égard des
toxicomanes.

b) Saisies de drogue

1980 - 1985

	<u>1980</u>	<u>1981</u>	<u>1982</u>	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985</u>
Héroïne (kg)	6	34	67,5	109	203	252,6
Cocaïne	58	47	113,6	275	277	302,5
Cannabis	11.381	20.901	27.626	20.843	37.206	64.248

c) Consommation de drogue au sein de la population espagnole, en 1985.

Il s'agit d'estimations établies à partir d'enquêtes effectuées sur des
échantillons de population et des groupes à risque.

Le nombre des consommateurs réguliers oscille entre les chiffres suivants :

Alcool	(de 1.900.000 à 2.300.000 personnes)
Cocaïne	(de 60.000 à 80.000 personnes)
Héroïne	(de 80.000 à 125.000 personnes)
Amphétamines	(de 350.000 à 500.000 personnes)
Inhalants	(de 18.000 à 21.000 personnes)
Cannabis	(de 1.200.000 à 1.800.000 personnes)

FRANCE

A) Position du gouvernement français

- réponse au questionnaire transmise le 26 mai 1986 par l'intermédiaire de l'Ambassadeur, Représentant permanent de la France auprès des Communautés européennes ;

B) Statistiques

- Textes et données chiffrées sont extraits du document "Toxicomanie et trafic de drogue en France : les statistiques de l'année 1985", communiqué par le Chef de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (Paris)

A) Position du gouvernement français

- réponse transmise par Monsieur l'Ambassadeur de France auprès des Communautés européennes

ABUS DE DROGUES

1. Selon vous, quel est actuellement le degré de gravité du problème de la drogue ?

a) en ce qui concerne l'héroïne ?

Le problème de l'héroïne reste préoccupant bien qu'il ne s'agisse plus de l'accroissement considérable de l'héroïnomanie observé à la fin des années 1970.

b) en ce qui concerne la cocaïne

Le phénomène cocaïne est difficilement identifiable en France en particulier quant au nombre d'usagers. Ce produit qui a fait son apparition sur le marché en 1982, est utilisé le plus souvent en association avec l'héroïne (speed ball). La cocaïne entre généralement dans le cadre des polytoxicomanies: On n'observe pas encore en France de "freebasing", (inhalation des vapeurs de mélange cocaïne/kérosène), mais on peut redouter une aggravation du phénomène cocaïne.

c) en ce qui concerne d'autres drogues dures, y compris les drogues de synthèse ?

Les drogues de synthèses, en particulier les nouvelles drogues désignées par les Américains sous le nom de "designer drugs" ne posent pas encore de problèmes en France. La Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie suit avec attention l'évolution de ce nouveau phénomène aux Etats-Unis.

d) en ce qui concerne les substances sous forme combinée (alcool + médicaments) ?

On constate comme en d'autres pays européens, un usage combiné de plus en plus fréquent d'alcool et de médicaments. L'utilisation de l'alcool n'est pas dans ce cas comparable à celle de l'alcoolique chronique. Il s'agit véritablement d'une toxicomanie venant "potentialiser" d'autres produits licites, en particulier les tranquillisants.

Il semble que ce soit là encore un aspect du phénomène des polytoxicomanies.

2. Quelle est, à votre avis, la relation existant entre les drogues douces (par exemple cannabis, alcool, tranquillisants et l'augmentation de la toxicomanie à l'échelon international)

Il n'existe pas à proprement parler de relation de cause à effet, mais on identifie des effets indirects au niveau épidémiologique. On retrouve dans la biographie d'une majorité de toxicomanes (usagers de drogues dures) l'utilisation précoce de haschich, sans que cela procède de la théorie de l'escalade.

FABRICATION ILLICITE ET SUBSTITUTION DES CULTURES

3. Quelles mesures préconiserez-vous pour lutter contre la culture et la production de drogues illicites ?

Les cultures surveillées en France ne semblent pas donner lieu à trafic. Certaines cultures de cannabis à caractère illicite font cependant l'objet d'une attention particulière des autorités.

APPLICATION DE LA LOI

4. Quelles mesures préconiserez-vous pour lutter contre les trafiquants de drogues (par opposition aux revendeurs) en recourant à tous les moyens dont disposent les autorités ?

L'arsenal juridique est actuellement suffisant pour lutter contre les trafiquants de stupéfiants :

- la loi prévoit de fortes peines d'emprisonnement pour délits de trafic, notamment lorsqu'ils consistent dans la fabrication, l'importation et l'exportation de ces produits.

- une disposition législative récente (loi du 17 janvier 1986) rend obligatoire la saisie et la confiscation des biens mobiliers ayant servi directement ou indirectement à la commission de cette infraction et des produits provenant de celle-ci.

5. Quelles structures administratives seraient nécessaires dans votre pays pour combattre plus efficacement la propagation des drogues ?

Le Premier Ministre a décidé la création de comités départementaux de lutte contre la toxicomanie. Ces comités, dont la mise en place est en cours, doivent servir de relais sur l'ensemble du territoire, à la politique gouvernementale, et notamment aux actions menées sous l'égide de la Mission Interministérielle de lutte contre la toxicomanie, placée sous l'autorité du Premier Ministre. En associant dans une même instance les administrations concernées (Justice, Police, Affaires sociales et Santé, Education Nationale, Direction Générale des Douanes et des Droits indirects...), les associations impliquées à un titre ou un autre dans la lutte contre la toxicomanie, les élus locaux, des personnalités qualifiées, ces comités doivent permettre de prendre la mesure du problème dans le département, de rassembler l'information, de confronter les expériences, et, sur ces bases, de faciliter l'élaboration de mesures concrètes décidées au plan national mais pouvant être adaptées aux situations locales.

6. Quelles mesures préconiserez-vous pour lutter contre la diffusion de la drogue et son phénomène connexe, la petite délinquance dans la rue ?

Une importante partie de la vente d'héroïne au détail est assurée par des petits revendeurs (dealers). Dans certains quartiers des grands centres urbains, ce trafic de "fourmis" s'opère avec une très grande facilité, dans la rue, au vu et au su de la population. Il est donc important de s'attaquer à ce marché de détail.

De bons résultats ont été obtenus dans la répression du trafic national et international par le renforcement et la spécialisation de la police ainsi que par l'efficacité des douanes aux frontières et aéroports. Mais les services de police hésitent à s'impliquer complètement dans l'interpellation

systematique des petits revendeurs, du fait de la lourdeur des procédures judiciaires à mettre en oeuvre et parce que la répression de ce petit trafic permet rarement de remonter les filières. C'est en fait l'ensemble des services de police qui devraient être concernés par l'arrestation des revendeurs au détail dans la rue. Les actions devraient pouvoir être menées sans délai par n'importe quel service", la coordination absolument nécessaire avec les services spécialisés étant maintenue.

De telles interpellations, pratiquées systématiquement, devraient créer un climat d'insécurité chez les revendeurs au détail. Une disposition législative récente (loi du 17 janvier 1986) permet d'adapter l'intervention de la justice et de mieux appréhender l'action des petits trafiquants : ceux-ci encourent désormais une peine d'emprisonnement de 1 à 5 ans qui permet leur comparution immédiate devant le Tribunal et une sanction plus rapide.

TOXICOMANIE

7. Quelles mesures préconiserez-vous pour aider les toxicomanes ? En particulier, quelles mesures de traitement faut-il prendre sur une base tant obligatoire que volontaire ?

Une attention particulière doit être apportée à la préparation à la sortie de prison, cette préparation pouvant représenter une aide appréciable aux toxicomanes incarcérés. Il s'avère en effet que les rechutes et récidives sont liées au degré de préparation du toxicomane avant sa sortie. En aucun cas, le traitement obligatoire n'est une solution. La réinsertion et les "antennes toxicomanie" en prison sont deux axes importants de la lutte contre la toxicomanie en France.

8. Que faut-il faire pour empêcher en tout premier lieu la toxicomanie chez les jeunes gens ? Quel doit être le rôle des enseignants, des parents, des anciens drogués, etc... ? Quelle doit être l'importance relative de chacun d'eux ? Que faut-il faire pour éduquer la société en général et la rendre plus consciente des dangers que représentent les drogues dures ? Existe-t-il, à cet égard, des expériences positives ?

Une mesure générale de prévention de la toxicomanie chez les jeunes est la promotion et le développement d'une éducation générale pour la santé.

Il faut en même temps lutter contre la diffusion, dans les lieux fréquentés par les jeunes, des produits illicites et des produits susceptibles d'entraîner des abus.

Il n'existe pas en France d'Association d'anciens toxicomanes. Le rôle des enseignants et des parents doit être leur disponibilité pour une écoute attentive des jeunes en difficulté et leur orientation rapide en fonction de leurs problèmes.

Le rôle des parents est fondamental mais les enseignants, les éducateurs et les personnels sanitaires et sociaux, sans se substituer à eux, ont un rôle évident en matière d'éducation, d'information et de prévention.

Ils peuvent même avoir à intervenir s'il y a défaillance du milieu familial ou fragilité de l'environnement social dans lequel évolue le jeune en difficulté.

C'est dans cet esprit qu'a été institué dans un grand nombre d'établissement scolaire un système d'"adultes relais" assurant un rôle d'écoute, d'information et de soutien.

LIBERALISATION

9. Comment réagissez vous aux appels émanant de certains milieux en faveur de la libéralisation du commerce de la drogue ?

La réponse des pouvoirs publics est très nettement négative. Cette revendication de libéralisation émane d'ailleurs de milieux très restreints et très marginalisés.

CONCLUSION

Les axes prioritaires de la politique des pouvoirs publics en France sont le développement de la prévention, l'ouverture de centres de soins ambulatoires, d'antennes toxicomanie en prison et le soutien aux nouvelles structures d'accueil et d'orientation basées sur le volontariat.

ACTION DE LA COMMUNAUTE EUROPEENNE

10. A votre avis, quelles mesures doivent en particulier prendre les institutions de la Communauté des Douze pour contribuer à résoudre le problème de la drogue et de la toxicomanie ?

la coopération européenne en matière de lutte contre la toxicomanie est rendue de plus en plus nécessaire pour deux raisons :

- les produits illicites proviennent pour l'essentiel de pays situés hors d'Europe, ce qui justifie depuis longtemps une attitude commune ;

- l'éventuelle disparition des formalités de police aux frontières intérieures de la C.E.E. rend encore plus urgente cette coopération.

Il faut donc admettre qu'à une assez brève échéance, la lutte contre l'introduction de produits illicites dans un pays de l'Europe des Douze dépendra autant de l'efficacité de ses propres services de police et de douane que de celle de ces mêmes services dans les autres pays européens.

Cette collaboration des services est déjà en partie réalisée de manière informelle par des échanges d'information. Elle devrait être officialisée et intensifiée par la création d'une structure appropriée, dans les douze pays.

De façon générale, il faut constater que les formes de coopération permanente existant à ce jour au niveau européen en matière de répression du trafic de stupéfiants apparaissent principalement orientées vers des objectifs soit trop étendus, soit trop prospectifs. Or, l'exigence d'une vision globale du trafic des stupéfiants se fait plus forte. Elle doit aller dans le sens d'une harmonisation des modes d'intervention, aujourd'hui fractionnés, parce qu'encore marqués par une époque où le processus d'intégration européenne n'avait pas atteint le degré qui le caractérise actuellement.

I - LA TOXICOMANIE EN FRANCE EN 1985 -

1. 1 La répartition des interpellés par type de produit

La répartition des individus interpellés pour usage ou usage trafic de stupéfiant, en fonction de la nature du produit utilisé, fait apparaître les tendances et particularités suivantes :

1) Les usagers d'opium sont en très légère diminution ; ils passent de 49 à 30 représentant 0,12 % du total des individus interpellés ; malgré cet accroissement il se confirme que les opiomanes interpellés en France sont toujours beaucoup moins nombreux qu'au cours des années 1981-1982.

L'opium ne semble plus être, de nos jours en France, qu'un phénomène résolument marginal lié à certaines habitudes ou coutumes asiatiques ; la faiblesse des quantités d'opium saisies (moins de cinq kilogrammes en 1985) confirme cette conclusion.

2) Les usagers de morphine interpellés par les services répressifs représentent la catégorie des toxicomanes la plus faible : 3 individus soit de 0,01 % du nombre total des individus interpellés ; soit le chiffre le plus bas jamais enregistré depuis 1970.

Ceci confirme encore le recul très net, en France, de la morphinomanie. L'usage de la morphine semble principalement correspondre à une activité de substitution essentiellement alimentée par les vols dans les pharmacies ou dans les établissements hospitaliers.

Les saisies de morphine sont également les plus basses effectuées depuis quinze ans (0 kg 386).

3) Les usagers d'héroïne sont au nombre de 10.693 contre 9.668 l'année précédente, ce qui correspond à une augmentation de 10,60 % laquelle, comparée à l'accroissement de 3,32 % du nombre total des interpellations, est considérable et confirme la tendance constatée en 1984.

Le nombre d'usagers ou d'usagers trafiquants d'héroïne interpellés constitue 41,60 % du nombre total des toxicomanes interpellés ce qui représente la proportion la plus élevée jamais atteinte ; ils en représentaient 37,88 % en 1984.

TOXICOMANIE ET TRAFIC DE STUPEFIANTS EN FRANCE EN 1985

=====

Au cours de l'année 1985, l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants a enregistré 14.286 affaires d'infraction à la législation sur les stupéfiants, réalisées par l'ensemble des services opérant sur le territoire national (Gendarmerie, Douanes et Police Nationale).

Ces affaires ont entraîné 29.750 interpellations se répartissant comme suit au point de vue des catégories d'activités délictuelles :

- trafiquants internationaux.....	857
- trafiquants locaux.....	3.189
- usagers-revendeurs.....	4.571
- usagers simples.....	21.133

Elles ont également donné lieu aux saisies suivantes :

- Opium.....	4.661 g
- Morphine.....	386 g
- Héroïne.....	277.586 g
- Cocaine.....	95.960 g
- L. S. D. 25.....	11.088 doses
- Cannabis :	
Résine.....	5.508.052 g
Herbe.....	2.725.900 g
Huile.....	13.862 g
Pieds.....	4.586 p

Au total en 1985, ce sont 956 individus de plus qu'en 1984 qui ont été interpellés par les divers services répressifs français ; ce chiffre représente une progression de 3,32 %. Si le total des interpellations demeure élevé, en revanche l'accroissement auquel il équivaut est particulièrement modéré puisqu'il est le plus bas enregistré depuis 1975, et, si l'on excepte les résultats de 1973 qui avaient vu une réduction des interpellations, il est le plus faible enregistré depuis 1970.

Les plus fortes progressions avaient été constatées en 1978 (+ 64,01 %), 1981 (+ 26,39 %) et 1982 (+ 59,89 %).

Si l'on considère les différentes catégories d'activités délictuelles on constate que c'est le nombre des interpellations pour faits de trafic qui a augmenté le plus puisqu'il progresse de 23,54 % et que les trafiquants représentent cette année 13,60 % du total des interpellations contre 11,37 % en 1984.

Inversement ce sont les interpellations pour usage et usage revente dans leur ensemble qui progressent le moins avec 0,72 %, les usagers et usagers-revendeurs ne représentant plus que 86,40 % du chiffre total d'interpellations, contre 88,62 % en 1984, cette tendance n'affecte pas l'usage et l'usage revente d'héroïne.

En ce qui concerne les saisies, elles également connaissent, exception faite de ce qui touche à l'héroïne, un certain recul (en rapport à 1984).

Les étrangers interpellés pour infraction à la législation sur les stupéfiants s'élèvent à 5.560 et marquent un recul par rapport à 1984 (6.307).

Le double accroissement, en pourcentage et en chiffre absolu, relevé cette année encore trahit la grave progression de l'héroïnomanie en France.

La pénétration de l'héroïne en France est confirmée par le chiffre des saisies qui progresse de 32,96 % par rapport à 1984 année au cours de laquelle la progression avait été de 34 %.

4) Les usagers de cocaïne interpellés par les différents services sont au nombre de 384 ; ces 384 individus ne représentent que 1,49 % des toxicomanes interpellés en France.

Cette année le recul affectant les interpellations pour usage et usage revente de cocaïne se manifeste également sur le plan des saisies qui sont elles aussi en diminution.

5) Les usagers de cannabis interpellés sont au nombre de 13.989 ; ils sont, par rapport à l'année 1984 en diminution de - 3,38 %.

Cette baisse confirme et amplifie la tendance amorcée en 1984 et dont l'explication semble, au moins partiellement, reposer sur le fait d'une certaine banalisation de l'usage de ce produit conduisant les services répressifs à s'attaquer à des drogues plus dangereuses dont l'usage et la revente sont sans équivoque considérés comme des actes graves.

Les interpellés pour usage ou usage-traffic de cannabis représentent, cette année, 54,42 % de la population totale interpellée ce qui les situe en-dessous des proportions enregistrées en 1984 (56,73 %) et 1983 (64,12 %).

6) Les interpellations pour usage de L.S.D. sont cette année encore en diminution : 148 soit 0,58 % du total des interpellations ; ceci confirme la défaveur de cette drogue chez les toxicomanes, puisque depuis 1981 son usage ne cesse de décroître. Les saisies non négligeables opérées en France le restent dans le cadre du transit.

7) Les usagers de médicaments stupéfiants ou psychotropes sont en nette régression puisque avec 384 cas (pour 481 en 1984) ils reculent de 20,17 % et ne représentent plus que 1,49 % du total.

Ces chiffres semblent confirmer la désaffection des milieux toxicomanes français pour les stupéfiants ou psychotropes de synthèse utilisés essentiellement en tant que substituts aux stupéfiants habituels.

Comme pour le L.S.D. cette tendance est à souligner à l'heure où ce type de toxicomanie semble se développer dans certains pays européens.

8) Enfin les services de Police ont eu à connaître de 73 cas d'usage de solvants (colle, trichloréthylène, éther...) contre 147 en 1984 ce qui marque un très net recul (- 50,34 %).

Il faut toutefois rappeler que ce chiffre ne peut avoir qu'une partie relative dans la mesure ou la toxicomanie aux solvants échappe en fait à la législation sur les substances vénéneuses ; les cas dont les services répressifs ont eu à connaître ne sont qu'accessoires à des interventions policières pour d'autres causes.

1. 2 La répartition des interpellés par âge et par sexe

- L'âge des interpellés :

En 1985 c'est la catégorie des 21 à 25 ans qui fait l'objet du plus grand nombre d'interpellations avec 10.418 individus interpellés, soit 40,53 % du total des interpellations ; l'an dernier la proportion était de 39,22 % et les interpellations de 10.011 individus.

On constate donc pour la deuxième année consécutive un certain vieillissement de la population toxicomane interpellée ; en effet jusqu'à 1984 c'était la catégorie des 16 à 20 ans qui venait en tête des interpellations. Or cette année cette tranche d'âge, dont les interpellations ont reculé de 9.790 à 9.501, ne représente plus que 36,96 % du total contre 38,36 % en 1984.

Comme l'an dernier on peut observer que cette tendance va de pair avec l'accroissement des interpellations pour usage d'héroïne.

Peut-être peut-on trouver une confirmation du vieillissement de la population toxicomane dans le fait que la tranche d'âge qui, sur le plan des interpellations, occupe le troisième rang, celle des 26 à 30 ans, a légèrement augmenté cette année pour la sixième année consécutive ; en effet les 3.978 interpellations opérées représentent 15,48 % du total contre 15,22 % en 1984.

De même les 31 à 35 ans passent de 1.114 à 1.142 et représentent 4,44 % du total pour 4,36 % en 1984 tandis que les 36 à 40 ans passent de 1,09 % du total en 1984 à 1,18 % en 1985.

Il faut souligner l'évolution touchant la catégorie des moins de 16 ans qui diminue de 274 à 213 interpellations, ne représentant plus que 0,83 % du total contre 1,07 % l'an dernier.

- Le sexe des interpellés :

La répartition par sexe des individus interpellés pour usage de drogue n'a pas subi de fortes modifications par rapport à 1984 mais trahit une très légère augmentation des interpellations de femmes.

Les hommes représentent 87,06 % du nombre total (87,44 % en 1984) et l'accroissement des interpellations de femmes est de 3,84 % tandis qu'il n'est que de 0,28 % pour les hommes.

1. 6 Les décès dus à l'usage des stupéfiants

Cette année l'Office Central a enregistré 172 cas de décès liés à l'usage de drogue (c'est-à-dire surdoses "stricto sensu" ainsi qu'accidents directement et immédiatement liés aux conditions d'administration de substances stupéfiantes).

Il faut préciser que ce chiffre recouvre les cas de décès portés à la connaissance des Services de Police ou de Gendarmerie ; il s'agit donc des cas généralement survenus dans des lieux publics ou sur la voie publique.

Par rapport à 1984, où l'on avait enregistré 237 décès, 1985 marque une diminution de - 27,43 %. Cependant ce chiffre demeure particulièrement élevé puisque depuis 1969, et mis à part l'an dernier, il n'a été dépassé qu'en 1983.

Le produit principalement mis en cause demeure cette année encore l'héroïne. En effet cette substance est à l'origine de 129 décès soit 75 % du total. Il est à souligner que ce pourcentage est supérieur à celui de 1984 : cette année là seulement 70 % des décès étaient imputables à l'héroïne. Cette donnée vient conforter les observations déjà faites sur le développement du rôle de l'héroïne en 1985.

La deuxième source des décès sont les médicaments (26 cas).

Les décès dus au trichloréthylène sont en diminution puisqu'ils représentaient 4,64 % des décès en 1984 et n'en représentent plus que 1,74 %.

La proportion des décès dus à la cocaïne demeure stable : 2,33 % des cas contre 2,53 % en 1984.

La tranche d'âge des 21-25 ans persiste à être la plus touchée par les décès liés à l'usage de stupéfiants. Cette tendance est à rapprocher du fait que cette tranche d'âge représente 40,53 % des interpellations. Les chiffres de cette année (79 cas) marquent une très nette augmentation de la proportion des 21-25 ans dans les décès : de 34,19 % des cas en 1984 ils passent à 45,93 %.

En revanche il est intervenu moins de décès dans la classe 26-30 ans : ils représentaient 29,53 % des cas en 1984 et n'en constituent aujourd'hui que 24,42 %.

Enfin les moins de 21 ans, qui viennent au troisième rang avec 28 décès sont eux aussi, proportionnellement, moins représentés que l'an dernier : de 19,40 % des cas en 1984 ils n'en représentent plus en 1985, que 16,28 %.

Les individus de sexe masculin représentent avec 141 cas, 81,98 % des décès. Cette proportion s'est accentuée par rapport à 1984 puisqu'elle était alors de 78,48 %.

Sur le plan géographique c'est dans le ressort de la Préfecture de Police qu'ont été enregistrés les plus nombreux cas de décès liés à l'usage de drogues. Il y a eu cette année 87 cas, soit 38 de moins que l'an dernier. La proportion de ces décès par rapport aux chiffres d'ensemble 50,58 % est demeurée à peu près stable encore que le faible recul enregistré sur Paris ainsi que la légère progression apparue sur le ressort du Service Régional de Police Judiciaire de Versailles confirme les indications fournies par les chiffres d'interpellations pour usage et usage trafic qui dénotent un déplacement du phénomène toxicomane vers la périphérie parisienne.

Quant à la nationalité des individus décédés, les français, au nombre de 156 représentent 90,70 % de l'ensemble alors qu'ils n'en représentaient que 87,34 % en 1984 ; viennent ensuite les marocains (5 décès) et les algériens (4 décès).

II - LE TRAFIC EN FRANCE EN 1985 -

1 - Les saisies -

Les chiffres enregistrés en 1985 marquent dans l'ensemble une tendance à la diminution des quantités saisies, exception faite pour l'héroïne dont les prises sont en forte augmentation.

1.1 - L'opium -

Les observations formulées ces récentes années demeurent valables : les saisies d'opium sont sporadiques et il n'existe pas de véritable trafic organisé de cette substance ; tant en France que dans les autres pays occidentaux l'opium n'est plus un produit de choix dans les milieux toxicomanes. Cette tendance se confirme par la faiblesse des chiffres relatifs aux interpellations pour usage.

Cette année 4.661 grammes d'opium ont été saisis soit un chiffre à peu près analogue à celui de 1984.

1.2 - La morphine -

La morphine, à l'instar de l'opium, n'est plus un produit de grand trafic international et son usage toxicomaniaque a presque disparu. En 1985 ont été saisis 386 grammes.

1.3 - L'héroïne -

L'héroïne est la seule substance dont les quantités saisies ont été en progression accrue au cours de cette année. Celles-ci sont en effet passées de 208,756 kilogrammes à 277,586 kilogrammes trahissant une augmentation de près de 33 %.

Les principales sources d'approvisionnement demeurent le Sud-Ouest Asiatique, les Proche et Moyen Orient ainsi que pour une plus mince part le Sud Est Asiatique.

Une étude approfondie des différentes affaires a permis d'évaluer cette année que sur l'ensemble des quantités d'héroïne saisies en France 153 Kilogrammes étaient destinés à la France tandis que près de 111 kilogrammes se trouvaient en transit pour d'autres pays européens, et qu'un peu plus de 13 kilogrammes demeurent de destination inconnue.

1.4 La cocaïne -

Le chiffre de 95 kg 960 atteint cette année est le plus faible enregistré depuis les trois dernières années ; il est en diminution de 21,62 % par rapport à 1984 ; il correspond également à un nombre d'affaires très inférieur (572 affaires en 1984 ; 359 en 1985).

Encore une fois à la lumière des informations collectées à L'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants il faut remarquer que les chiffres rendent mal compte de la circulation importante de cocaïne en France ; l'ampleur de celle-ci demeure cependant difficile à apprécier.

Sur la quantité totale saisie, une étude plus affinée permet de déterminer qu'un peu plus de 10.700 restent de destination inconnue alors que 53.288 sont destinés à la France et 31.900 se trouvent en transit.

1.5 Le cannabis -

Les quantités de cannabis sous toutes ses formes saisies cette année sont en très nette diminution ; de 31.475 kilogrammes elles passent à 8.247 kilogrammes marquant un recul de 73,80 %.

Les saisies d'herbe s'élèvent à 2.725 kg 900 soit près de 70 % de moins que l'an dernier ; celles de résine à 5.508 kg 052 soit 75,39 % de moins et celles d'huile à 13 kg 862 soit 74 % de moins.

Sur les 2.725 kg d'herbe de cannabis saisis il a pu être établi après une étude cas par cas qu'environ 157 kilogrammes n'étaient pas destinés à la France et se trouvaient en transit pour d'autres destinations.

Sur le plan de la provenance il faut souligner que la filière africaine marque un recul et que les quantités saisies ont diminué de - 44,68 % par rapport à 1984 et constituent le chiffre le plus bas des quatre dernières années.

En ce qui concerne la résine il a pu être établi que sur les 5.508 kilogrammes un peu plus de 762 kilogrammes avaient une destination inconnue tandis que près de 2 tonnes étaient destinées à la France ; enfin on estime que 2 tonnes 7 se trouvent en transit pour l'étranger.

1.6 Le L.S.D -

Ce sont 11.088 doses qui ont été saisies en France en 1985 pour 28.389 doses en 1985 soit une diminution de 60,94 %.

Si l'on rapproche ces données du faible chiffre des interpellations pour usage de L.S.D. enregistré en France, on est amené à conclure comme par le passé, que les produits se trouvent en France en transit pour l'étranger.

2 Les interpellations

Le renforcement de l'action des services vers la répression des infractions à la législation sur les stupéfiants et la désignation du trafic organisé comme cible privilégiée ont entraîné une augmentation considérable des saisies d'héroïne ainsi qu'une progression sensible des interpellations pour faits de trafic puisqu'elles atteignent le chiffre de 4.046 pour 3.275 en 1984 (soit 23,54 % d'augmentation) et 2.735 en 1983. Elles représentent désormais 13,60 % du total des interpellations pour 11,37 % en 1984 et 10,37 % en 1983.

2.1 Répartition par catégorie de stupéfiants -

Ce sont les trafiquants d'héroïne qui ont, comme par le passé, donné lieu aux interpellations les plus nombreuses, 2.530 soit 62,53 % des trafiquants interpellés pour 59,38 % en 1984 ; par rapport à 1984 la progression est de 585 individus soit 30,07 %.

Viennent ensuite les trafiquants de cannabis avec 1.251 soit 30,91 % du total. Ils sont en progression de 24,47 % par rapport à 1984.

Arrivent enfin les trafiquants de cocaïne avec 228 individus soit une diminution de 9,88 % par rapport à 1984 qui était une année exceptionnelle puisque 253 trafiquants avaient été interpellés soit une augmentation de 73,28 % par rapport à 1983.

2.2 Répartition géographique (ressorts des Services Régionaux de Police Judiciaire)

L'étude de l'ensemble des interpellations effectuées, par tous les services de Police et de Gendarmerie, sur le ressort des différents Services Régionaux de Police Judiciaire et la Direction Régionale de la Police Judiciaire de Paris, amène les constatations suivantes.

C'est dans la région parisienne (Paris et les trois départements de la Petite Couronne) qu'ont lieu les plus nombreuses interpellations de trafiquants : 1979 soit 48,91 % du total des interpellations pour trafic. Ce chiffre est en progression de 4,05 % par rapport à 1984. Paris demeure, à l'évidence, le centre principal du trafic international des stupéfiants en France.

Compte tenu du chiffre des interpellations viennent, ensuite et dans l'ordre, les Services Régionaux de Police Judiciaire suivants :

Marseille	584 interpellations	14,43 %	du total	augmentation de	101,38%/1984
Lyon	216 interpellations	5,34 %	"	"	43,05%/1984
Montpellier	214 interpellations	5,29 %	"	"	82,91%/1984
Versailles	200 interpellations	4,94 %	"	"	44,93%/1984
Lille	176 interpellations	4,35 %	"	"	17,33%/1984
Strasbourg	169 interpellations	4,18 %	"	"	30 %/1984
Bordeaux	82 interpellations	2,03 %	"	"	9,33%/1984

Alors que la croissance des interpellations sur la région parisienne paraît se stabiliser, l'ensemble des Services Régionaux de Police Judiciaire connaît une augmentation exceptionnelle notamment : Marseille (+ 101,38 %) et Montpellier (+ 82,91 %).

2.3 Répartition des trafiquants par nationalité -

Jusqu'en 1983, les étrangers mis en cause dans des affaires d'infraction à la législation sur les stupéfiants étaient comptabilisés globalement sans tenir compte de la gravité de l'infraction et sans distinguer les trafiquants de la catégorie des usagers et usagers-revendeurs.

Cette année, cette distinction fait apparaître que sur 4.643 trafiquants de drogue interpellés en France, 2.488 soit 61,54 % sont des étrangers représentant 92 nationalités, pour 2.167 en 1984 soit 66 % des trafiquants et 84 nationalités.

Parmi les étrangers, ce sont les tunisiens, comme en 1984, qui arrivent en tête avec 419 trafiquants interpellés soit 10,36 % du total. Puis viennent les algériens (294 soit 7,27 %), les sénégalais (289 soit 7,14 %), les marocains (257 soit 6,35 %), les nigériens (126 soit 3,11 %), les espagnols (89 soit 2,20 %), les zairois (86 soit 2,13 %), les sri-lankais (82 soit 2,03 %), les italiens (65 soit 1,61 %) et les colombiens (56 soit 1,38 %).

Les maghrébins, avec 970 trafiquants, représentent 23,97 % du total.

10 nationalités représentent, avec 1.763 trafiquants, 43,57 % du total.

ÉVOLUTION DE LA TOXICOMANIE PAR TYPE DE PRODUIT

	NOMBRE INTERPELLATIONS	HEROINE	MORPHINE	OPIUM	COCAINE	L. S. D.	CANNABIS	PSYCHOTROPES
1970	1 374	249 18,12 %	10 0,72 %	14 1,01 %	0	70 5,09 %	961 69,94 %	70 5,09 %
1971	2 359	890 37,72 %	12 0,50 %	62 2,62 %	3 0,12 %	246 10,42 %	1 052 44,59 %	94 3,98 %
1972	2 766	719 25,99 %	18 0,65 %	60 2,16 %	6 0,21 %	452 16,34 %	1 430 51,69 %	81 2,92 %
1973	2 602	373 14,30 %	46 2 %	34 1,30 %	11 0,50 %	397 15 %	1 627 62,50 %	114 4,40 %
1974	2 942	208 7,50 %	44 1,50 %	29 1 %	41 1,50 %	357 12 %	2 039 69 %	224 7,50 %
1975	3 088	178 5,76 %	109 3,52 %	32 1,03 %	36 1,16 %	392 12,69 %	2 001 64,79 %	340 11,01 %
1976	3 839	876 22,80 %	112 2,91 %	34 0,88 %	34 0,88 %	155 4,03 %	2 438 63,50 %	190 4,95 %
1977	4 318	743 17,20 %	77 1,78 %	19 0,44 %	80 1,85 %	91 2,10 %	2 730 63,22 %	578 13,38 %
1978	7 293	1 183 16,22 %	186 2,55 %	40 0,54 %	151 2,07 %	254 3,48 %	4 427 60,70 %	1 052 14,42 %
1979	9 620	2 326 24,18 %	307 3,19 %	67 0,69 %	233 2,42 %	229 2,38 %	5 342 55,53 %	1 116 11,60 %
1980	10 187	3 351 32,89 %	289 2,83 %	89 0,87 %	300 2,94 %	307 3,01 %	4 954 48,63 %	897 8,80 %
1981	13 019	4 736 36,37 %	308 2,36 %	100 0,76 %	444 3,41 %	375 2,88 %	6 130 47,08 %	795 6,10 % * 131 1 %
1982	21 145	6 873 32,50 %	213 1 %	134 0,63 %	419 1,98 %	306 1,44 %	12 224 57,81 %	767 3,62 % * 209 0,98 %
1983	23 615	7 310 30,95 %	45 0,19 %	25 0,10 %	311 1,31 %	207 0,87 %	15 143 64,12 %	490 2,07 % * 84 0,35 %
1984	25 519	9 668 37,88 %	21 0,08 %	49 0,19 %	496 1,94 %	178 0,69 %	14 479 56,73 %	481 1,88 % * 147 0,57 %
1985	25 704	10 693 41,60 %	3 0,01 %	30 0,12 %	384 1,49 %	148 0,58 %	13 989 54,42 %	384 1,49 % 73 0,28 %

RÉPARTITION DES USAGERS
PAR CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
CADRES SUPERIEURS	44 0,45 %	31 0,30 %	36 0,27 %	37 0,17 %	26 0,11 %	25 0,09 %	29 0,11 %
CADRES MOYENS	199 2,06 %	151 1,48 %	172 1,32 %	222 1,04 %	125 0,52 %	107 0,41 %	134 0,52 %
COMMERCANTS - ARTISANS PROFESSIONS LIBERALES	113 1,17 %	147 1,44 %	185 1,42 %	261 1,23 %	348 1,47 %	320 1,25 %	393 1,53 %
PROFESSIONS ARTISTIQUES	258 2,68 %	203 1,99 %	198 1,52 %	213 1 %	162 0,69 %	232 0,90 %	231 0,90 %
PROFESSIONS AGRICOLES	118 1,22 %	96 0,94 %	121 0,93 %	104 0,49 %	98 0,41 %	147 0,57 %	125 0,48 %
EMPLOYES	1 984 20,62 %	2 065 20,27 %	2 359 18,11 %	3 473 16,42 %	4 025 17,04 %	4 194 16,43 %	4 340 16,88 %
OUVRIERS	1 195 12,42 %	1 640 16,09 %	1 811 13,91 %	2 525 11,94 %	3 024 12,80 %	2 853 11,17 %	2 640 10,27 %
MILITAIRES	435 4,52 %	376 3,69 %	634 4,87 %	971 4,59 %	1 303 5,51 %	1 421 5,56 %	1 419 5,52 %
ETUDIANTS ET LYCEENS	1 223 12,71 %	1 142 11,21 %	1 241 9,53 %	1 742 8,23 %	1 965 8,32 %	1 946 7,62 %	1 842 7,17 %
SANS PROFESSION DEFINIE	4 051 42,11 %	4 336 42,56 %	6 262 48,10 %	11 597 54,84 %	12 537 53,08 %	14 274 55,93 %	14 551 56,61 %
TOTAUX	9 620	10 187	13 019	21 145	23 615	25 519	25 704

SAISIES DE STUPÉFIANTS

	OPIUM	MORPHINE BASE	MORPHINE	HEROINE	COCAINE	L. S. D.	CANNABIS		
							HERBE	RESINE	HUILE
1976	1 k, 856	0	1 k, 266	103 k, 481	2 k, 160	4 354 D	299 k, 328	3 035 k, 217	10 k, 161
1977	11 k, 265	0 k, 116	11 k, 266	84 k, 973	6 k, 689	5 587 D	1 209 k, 038	3 474 k, 327	93 k, 904
1978	4 k, 749	35 k, 010	1 k, 740	47 k, 971	96 k, 027	12 432 D	1 102 k, 489	1 343 k, 016	35 k, 787
1979	45 k, 861	6 k, 000	1 k, 275	100 k, 701	58 k, 568	6 335 D	2 677 k, 477	2 470 k, 031	83 k, 872
1980	10 k, 448	5 k, 500	9 k, 412	72 k, 494	57 k, 832	14 275 D	3 447 k, 689	3 646 k, 763	100 k, 091
1981	10 k, 570	17 k, 700	9 k, 733	68 k, 787	111 k, 942	17 487 D	3 568 k, 689	7 329 k, 939	43 k, 033
1982	15 k, 914	0	5 k, 780	97 k, 118	79 k, 760	30 203 D	18 818 k, 741	7 072 k, 800	23 k, 611
1983	1 k, 965	0	0 k, 807	168 k, 290	229 k, 214	21 319 D	12 520 k, 811	10 942 k, 364	25 k, 193
1984	4 k, 766	-	5 k, 015	208 k, 756	122 k, 436	28 389 D	9 041 k, 839	22 380 k, 533	53 k, 510
1985	4 k, 661	-	0 k, 386	277 k, 666	95 k, 960	11 088 D	2 725 k, 900	5 508 k, 052	13 k, 862

IRLANDE

A) Position du gouvernement irlandais

- réponses transmises, le 21 février 1986, par le Ministère de la Santé au questionnaire envoyé à cet organisme ainsi qu'au "National Co-ordinating Committee on Drug Abuse" ;

B) Statistiques

- données transmises, à titre d'informations complémentaires, par le Ministère de la Santé le 12 juin 1986

A) POSITION DU GOUVERNEMENT IRLANDAIS

Réponse du Ministère de la Santé

Developments in relation to the implementation of the Recommendations of the Task Force

(a) LAW ENFORCEMENT

On the Law Enforcement side, the Misuse of Drugs Act, 1984 was introduced. This Act facilitates the easier enforcement of the provisions of the 1977 Act and in addition provides for the following:-

- a streamlining of the procedure for investigation of allegations of irresponsible prescribing by practitioners.
- an increase in the maximum prison sentence for a convicted drug pusher from 14 years to life imprisonment.
- an increase (fourfold in most cases) in the maximum monetary penalties which can be imposed on summary conviction and removal of the penalty limit for serious indictable offences such as drug pushing.
- an alignment of the penalties provided in the Customs Acts, relating to offences involving the illegal import and export of controlled drugs, with those in the Misuse of Drugs Act, 1984.
- a redefinition of cannabis to capture some types of the plant which were not covered by the previous definition.
- a prohibition on the publication, sale, etc. of books, etc. which promote drug abuse.

The Criminal Justice Act, 1984 provides for the amendment of the criminal law and procedure to deal more effectively with serious crime including serious offences under the Misuse of Drugs Act. Additional Ban-Ghardai have been assigned to the Drug Units in Dublin, Cork and Limerick as recommended by the Task Force. A more rigorous checking system for applications for passports has also been introduced by the Department of Foreign Affairs.

All the prosecuting solicitors in the District Court Section of the Chief State Solicitor's Office are familiar with the conduct of drug offence prosecutions. As a result of a recent increase in the number of staff in that Section more solicitors are now available for this work. This increase has also had the effect of virtually eliminating such delays in the preparation of Books of Evidence in criminal cases as had been attributable to the shortage of such staff.

(b) CUSTOMS CONTROLS

In the area of Customs Controls, comprehensive Customs & Excise training courses, which include a substantial drug element, continue to be given to Customs and Excise Officers of various grades by the Customs & Excise Training Centre.

Special courses on controlled drugs have also been provided by instructors from other countries. These were attended by Officers and Assistant Officers, selected from key import points, together with Investigation Branch and Training Centre Officers. The Courses proved to be very useful and informative.

(c) TREATMENT FACILITIES

The Task Force recognised that the treatment and rehabilitation facilities available for drug abusers were inadequate. They recommended that a new purpose built walk-in out-patient facility should be provided in the inner-city area of Dublin. A Planning Brief for this unit has been agreed. Negotiations are on-going on the acquisition of a suitable premises for this new facility.

Additional funds were made available to the Coolemine Therapeutic Community to enable it to open a new Induction Centre in Dun Laoghaire in June last, to expand its existing Induction Centre in the Inner-City of Dublin and to help it meet the increasing demands being made upon its services.

The Eastern Health Board relocated the services provided by the Talbot Day Centre in larger accommodation in Buckingham St. The new centre provides group therapy and counselling services for the 12-16 age group, unmarried mothers and pregnant single girls. Consideration of the need to provide more services for these particular "at risk" groups will be based on the experience in this new centre.

In addition to the foregoing the Board has also assigned a number of Tracers/Counsellors in the Dun-Laoghaire/Ballybrack, Cherry Orchard/Ballyfermot, Crumlin/Tallaght and Ballymun areas. They provide drug counselling and outreach work services and co-ordinate the efforts of voluntary groups in the areas to ensure a balanced programme for the families of addicts and community groups.

Initiatives taken in other areas of the country include the establishment of an Early Intervention and Advisory Centre in Cork by the Southern Health Board. This Centre provides treatment at out-patient level for persons suffering from substance abuse, an early intervention service by using the services of Health Board personnel and personnel in industry and trade unions and guidance and counselling services aimed at reaching parents, etc.

(d) EDUCATION

The Minister for Education has asked the Curriculum and Examinations Board to examine the possibility of introducing a Programme for Life, which would incorporate Health Education, in schools.

The Department of Education, in co-operation with the Health Education Bureau, is involved in the following projects relating to teacher training and programme development and which are focused on "at-risk" urban areas.

Teacher Training

A number of information seminars, aimed at increasing awareness of the drug problem, have been held involving teachers and health board personnel. Also, various workshops have been organised by psychologists from the Department of Education for the staffs in individual schools. These have been, usually, one-day workshops at the request of the schools' authorities and are intended to have the particular school frame a school policy on substance abuse education. In addition, more extended training has been held for smaller groups of teachers who are already engaged in health education, counselling or pastoral care work in schools. This training has taken the form of a one week summer course followed up by day workshops held during the school year.

The Minister for Health has continued to fund a Diploma Course in Addiction Studies in Trinity College. This Course provides specialised training for workers in direct contact with drug abusers and their families. Such workers include social workers, nurses, gardai and teachers.

Programme and Materials Development

- (1) A set of five video films on themes relating to young peoples' lifestyles and two booklets on teaching methodology have been developed. These are intended for use in second level schools and have an emphasis on substance abuse. These films were used on a pilot basis in about 40 schools throughout the country in 1984. The entire package was launched in 1985 and seminars have been held at about 13 centres throughout the country for schools and teachers wishing to use the package.
- (2) The Health Education Bureau has co-operated with the Curriculum Development Unit of the City of Dublin Vocational Education Committee and Trinity College in producing an information booklet called "Understanding Drugs" written at a suitable reading level for adults who are not very good readers. The V.E.C. is also sponsoring a series of 4 talks on Drugs in connection with the distribution of this booklet.

(3) The Council of Europe's European Health Committee is sponsoring a pilot project in the Dun Laoghaire area which involves detailed education at a number of different levels - at school level, at the level of parents and the community. The team, who is running this project, has been to Strasbourg on a training exercise and is currently pursuing the project.

As well as co-operating with the Department of Education in Teacher Training and Materials and Programme Development the Health Education Bureau has also designed programmes aimed specifically at heightening public awareness of the real and immediate dangers of drug abuse. The Bureau has been involved with health boards and other agencies in training doctors, pharmacists and teachers as drug educators.

The Minister for Health has also made money available to the Community Action on Drugs, National Federation, to enable them to expand and develop their current activities in the area of drug education.

(e) YOUTH AND COMMUNITY DEVELOPMENT

In 1985 a fund of £ 2.950 m. was made available to the Department of Labour to support the programmes and activities of voluntary youth organisations. The majority of those funds are committed to supporting on-going programmes and full-time staff of voluntary youth organisations and could not, consequently, be diverted into direct drug abuse related strategies for young people at risk. The Department considers, however, that continued support for youth work services is, in itself, an important element of the preventive strategy in that it provides for the employment of full-time youth workers, the recruitment and training of volunteer leaders and the provision of out-of-school developmental programmes for young people.

The National Youth Council of Ireland, in conjunction with the Health Education Bureau, has developed a substance abuse kit for use by youth leaders. The Council is currently training leaders in how to use the kit effectively.

Under "Teamwork", the Department's community employment scheme for young people, a number of projects in the drug prevention area are supported. Specifically, in the Dublin area a grant was made to "Team Challenge"

Ballybrack to assist them in their awareness campaign. Drop-in centres have also been established in the Neilstown and Inchicore areas. A grant was also allocated to the Ana Liffey Project which provides support for ex-addicts through group work and counselling.

The Final Report of the National Youth Policy Committee recommended a decentralized Youth Service operated and supported through local youth committees. It was felt that such local committees would be better able to identify and respond to local needs. The Report of the Committee was reviewed by the Government in the context of introducing a National Youth Policy. This Policy was published at the end of 1985 and further action on the prevention of drug abuse will be taken in that context.

(f) RESEARCH

In the area of research, the Medico-Social Research Board was asked to carry out a number of surveys on specific aspects of the drug problem among adolescents. The purpose of the Board's survey entitled 'Heroin Use in a Dun Laoghaire Borough Area 1983-84' was to quantify the use of heroin in the Dun Laoghaire area, to obtain a profile of the heroin user and to compare heroin use in a local authority flats district with that in adjoining housing estates.

The results of the survey showed that heroin abuse is mainly concentrated in the 15-24 age group. However, while the level of heroin abuse in this age group poses a serious problem it is less than had been alleged by various groups and is less (two per cent of those surveyed) than that reported in the Board's survey in the north inner-city area of Dublin in 1982/83 (ten per cent of those surveyed). The picture of the typical drug abuser which emerges is that of a young person from a poor background with a family history of alcoholism, poor educational achievements, poor employment records and high levels of arrest by the Gardai. The incidence of heroin abuse among young people aged 15-24 living in local authority flats as compared with that among those of the same age group living elsewhere in the area is 19 times higher.

The purpose of the Board's survey "Characteristics of heroin and non-heroin users in a north Central Dublin area, 1984" was to establish the distinguishing features between the 90% of those in the 15-24 age group who do not abuse hard drugs and the 10% who decide to abuse drugs (as documented in the Board's earlier report).

The results confirmed the following features of those least likely to abuse heroin - plenty of friends and outside interests, good educational arecord, employed, non-smokers, and a happy family background with no history of drinking as a family problem.

The Medico-Social Research Board is currently in the process of finalising the drafting of the reports of four studies which they have conducted in the area of the drug problem among adolescents viz

- a follow-up to their 1979-1983 study on The Opiate Epidemic in Dublin.
- a follow-up to their 1982/83 study of drug misuse in a North Central Dublin areaaaa.
- a study of drug misuse in the electoral ward Merchants Quay F area of Dublin.
- a study of drug misuse in Cork City.

(g) NATIONAL CO-ORDINATING COMMITTEE ON DRUG ABUSE

The National Co-ordinating Committee on Drug Abuse which was established by the Minister for Health in accordance with the recommendations of the Task Force has had several meetings to-date and is continuing to monitor the implementation of the Task Force's recommendations.

The Terms of Reference of the National Committee include:

- advising the Government on general issues relating to the prevention and treatment of drug abuse.

- monitoring the effectiveness and efficiency of measures in force to prevent and treat drug abuse.
- facilitating communication between the various agencies involved in the prevention and treatment of drug abuse.
- the submission of an annual report of the Minister for Health.

The figures available for 1985, outlined below, would seem to indicate a levelling out of the problem but we must, nevertheless, guard against complacency in this area.

The number of patients who were treated for drug abuse in the National Drugs Advisory and Treatment Centre in 1985 was 1,424, of whom 606 were new patients. The corresponding figure for 1984 was 1,454 of whom 698 were new patients.

Answer from the National Co-ordinating Committee on drug abuse

Drug Abuse

- (1) The Committee considers that the heroin problem in Ireland is very serious. However, it is difficult to compile reliable statistics on the number of persons abusing heroin.

The Enforcement Authorities are monitoring the situation in relation to Cocaine but to date there has been no evidence to suggest that the problem relating to Cocaine is of a serious proportion.

There is some evidence to suggest that there is abuse of Methadone stemming from irresponsible prescribing by a few medical practitioners. However, the numbers involved are small and steps are being taken to deal with the situation.

There is very little information available on the extent of the problem of the abuse of hard drugs with alcohol.

It would seem that the drug problem, particularly the heroin problem, has stabilised over the past 12-18 months. All the relevant statistics including treatment statistics seem to have peaked in 1983 but have plateaued since.

Set out hereunder, in table form, are statistics in relation to:

- the total number of patients who presented for treatment of drug abuse at the National Drug Advisory and Treatment Centre in Jervis Street for years 1981-1985.
- the number of persons charged with drug offences during the years 1981-1984; and

- the number of drug seizures during the years 1981-1984.

(a) Numbers presenting for treatment

1981	1982	1983	1984	1985
800	1307	1514	1454	1424

(b) Persons charged with drug offences

1981	1982	1983	1984
1256	1593	1822	1369

(c) Drug Seizures

1981	1982	1983	1984
1204	1873	2278	1704

Heroin is the prevalent drug in these statistics.

- (2) Most people agree that drugs of entry act as gate-way drugs to the hard drug scene. Surveys conducted by the Medico-Social Research Board in recent years have found that the majority of adolescents found to be abusing 'hard' drugs, particularly heroin, had previously been 'users' of alcohol and tobacco. However, when the serious heroin problem manifested itself in Ireland in 1980-1981 a remarkable trend which emerged was the increasing number of adolescents beginning with immediate abuse of "hard" drugs rather than by way of the long established procedure of graduating from the so-called "soft" drugs.

Illicit manufacture and crop substitution

- (3) We fully subscribe to the aims and activities of the United Nations Fund for Drug Abuse Control and we recommend that all Member States should fully support it.

Law Enforcement

- (4) The Committee believes that legislation should be enacted to provide for the tracing, freezing and confiscation of the proceeds of drug trafficking and the Irish Government is currently examining this possibility. It would be necessary to harmonise, to the greatest extent possible, at E.E.C. level, the various pieces of national legislation dealing with this matter.

A convicted drug pusher is, at the moment, liable to a maximum prison sentence of life imprisonment and the limit on the monetary penalty for drug pushing has been removed.

- (5) (i) The National Co-ordinating Committee on Drug Abuse is a relatively new body established in 1985. Its functions are:

- to advise the Government on general issues relating to the prevention and treatment of drug abuse.
- to monitor the effectiveness and efficiency of measures in force to prevent and treat drug abuse.
- to facilitate communication between the various agencies involved in the prevention and treatment of drug abuse.

(ii) There is also very close co-operation at all times between the Enforcement Authorities, i.e. the Police and the Customs authorities.

(iii) Community Watch and Neighbourhood Policing are desirable initiatives to encourage communities to report promptly to the Police all matters deserving of their attention.

(6) A comprehensive strategy must be implemented if the drug problem is to be successfully tackled. Such a strategy is currently being implement in this country covering such areas as Law Enforcement, Education, Treatment and Rehabilitation services, Community and Youth Development and Research and much progress has been made to-date in these areas.

Addiction

(7) Under existing mental treatment legislation, there is specific provision for the admission of a drug addict as a temporary patient to a district mental hospital and for his/her detention for a maximum period of one year. An addict is defined as a person who:

(1) by reason of his addiction to drugs or intoxicants is either a danger to himself or to others or incapable of managing himself or his affairs or of ordinary proper conduct, or,

(ii) by reason of his addiction to drugs, intoxicants or perverted conduct is in serious danger of mental disorder.

However, the power to detain a drug addict compulsorily is rarely used. Voluntary treatment is the norm. Facilities for the treatment and care of addicts are available as part of the general services provided for the mentally ill. In addition a number of special centres have been established in the Dublin area to cater for persons with drug problems.

(8) Education plays a vital role in preventing drug abuse. It is generally accepted that drug education is best set in the context of comprehensive Health Education and personal development programmes. The overall aim of such programmes is to help young people to take responsibility for their own well-being and that of others and to take positive control of the Environment. Even the most disadvantaged should be made feel that they can help others and that they should not necessarily be the recipient of help on all occasions.

Parents, teachers, doctors and other professionals have a vital role to play in raising the awareness of the community in general and young people in particular to the real and immediate dangers of drug abuse. Our

schools, the Health Education Bureau and Community Action on Drugs National Federation (a Parents Movement primarily concerned with Education) are all co-operating in this preventive strategy.

Liberalization

- (9) We are totally opposed to the liberalization of the drug trade as it can only lead to a further spread of drug abuse.

The calls for further liberalization of the law are most frequent in respect of cannabis. However, recent research on cannabis shows quite clearly that it is not the safe drug it is so often portrayed. It is quite clear that cannabis has a range of harmful and potentially harmful effects.

The Committee believes that the liberalization of the laws in relation to cannabis would make the drug more acceptable to people and would result in increased use of the drug. It would also indicate that the Government accepts that the drug is relatively safe. However, there would undoubtedly be a consequent increase in cannabis-related harm.

European Community Action

- (10) Much is being done at European level, particularly by the Pompidou Group to curb the supply of illicit drugs. However, the EEC could and should get much more involved in sponsoring initiatives aimed at curbing the demand for illicit drugs.

The European Community must recognise that drug abuse is a major social problem and that it must be tackled at national and international level. Such recognition must be backed by political and financial support. This support should go towards helping to develop and improve the treatment and prevention programmes in Member States.

- (11) A detailed preventive strategy incorporating such aspects as Education and Youth and Community Development should be developed at European level. While everyone accepts that we should continue with and intensify our efforts to interdict illicit drug supplies, it must be recognised

that these measures alone cannot even contain the drug problem. If this problem is to be successfully tackled, the major emphasis must be place on educating our young people against getting involved in drug abuse in the first place.

B) Statistics

Convictions

Set out hereunder, in table form, is the number of convictions for all offences under the Misuse of Drugs Acts from 1980 to 1984.

TYPE OF DRUG	No. of Persons Charged				
	1980	1981	1982	1983	1984
Cannabis Resin	295	429	724	779	533
Cannabis	147	161	313	262	214
Hash Oil	9	29	12	4	-
Heroin	47	177	208	449	340
Morphine	43	30	22	2	3
Opium	8	-	2	1	1
Barbiturates	33	52	11	-	12
Synthetic Opiates	119	130	76	65	44
Cocaine	50	40	36	23	23
T.H.C.	12	30	21	-	-
L.S.D.	12	16	15	-	18
Psilocin	10	15	18	10	15
Ritalin	-	-	-	3	-
Amphetamines	19	50	20	20	8
OTHER OFFENCES UNDER THE MISUSE OF DRUGS ACTS					
Forged Prescriptions	62	40	19	58	95
Importation of Drugs	17	11	18	43	17
Cultivation of Cannabis Plants	18	19	52	56	18
Allow Premises to be used for Drug Abuse	19	20	26	24	27
Cultivating Opium	-	1	-	-	1
Obstruction	-	-	-	7	-
TOTAL	931	1250	1593	1822	1369

No. of persons abusing drugs presenting for treatment at the
National Drugs Advisory Centre

TYPE OF DRUGS ABUSED	1983	1984	1985
Heroin	1006	969	798
Alcohol	245	197	278
Cannabis	143	161	138
Minor Tranquillisers	113	104	130
Diconal	101	29	99
Physeptone	31	20	97
Cough Mixture	44	31	85
DF 118	28	14	33
Solvents	32	34	31
Amphetamines	27	-	29
LSD	28	26	25
Barbiturates	24	21	20
Cocaine	30	12	15
Palfium	33	17	11
Phenothiazines	-	-	8
Magic Mushrooms	1	3	3
Parstelin	2	1	1
Doloxene Co.	-	2	1
Do Do's	-	-	1
Morphine	12	1	1
Upjohn 25	-	-	1
Distalgesic	7	1	1
Codeine	1	5	-
Pethidine	5	2	-
Mescaline	-	2	-
Solpadeine	1	1	-
Medinite	-	1	-
Ventolin Inhaler	2	-	-
Depoxil	1	-	-
TOTAL	1917	1654	1806

Particulars of Drugs Seized 1980-1985

Type of Drug	Quantities Seized				
	1980	1981	1982	1983	1984
Cannabis	550.5Kg	44.38Kg	48.472Kg	44.56Kg	2.65Kg
Cannabis Resin	33.5Kg	1646.53Kg	172.668Kg	485.86Kg	12.52Kg
Cannabis Plants	2099	1186	1356	1865	840
Hash Oil	36g	129.33g	25.39g	0.36g	1.086g
THC	79g	33.75g	180g	353.41g	-
Cocaine	113.6g	82.39g	409.07g	97.31g	80.17g
Heroin	105.25g	170.134g	1264.35g	1379.04g	525.14g
Opium	21g	0.001g	13.47g	-	120g
Opium Plants	30	5	-	-	80
Morphine	12g	15.18g	1526.72g	3.58g	124t
	328 tablets	320 tablets	17t	-	-
	773ampoules	222 amps.	145amps.	-	-
	584mls.	3500ml	-	-	-
Psilocin	2.4g	568.82g	821.42g	139.20g	274g
LSD	489 tablets	1604t.	2445	415 units	579 units
Barbiturates	10,200 tablets	9265t. 54g	8259t.	100t.	1047t.
Amphetamines	167 tablets	331t 104g	122.59g 500t.	105.58g	1.36g
Synthetic Opiates	4140 tablets 218 ampoules	5389t. 30amps.	1808t -	821t.	850ml -

LUXEMBOURG

Réponses des Ministères de la Justice, de la Santé et de l'Education Nationale communiquées le 28 février 1986 par le Représentant Permanent du Grand-Duché de Luxembourg auprès des Communautés européennes.

- Réponses des Ministères de la Justice, de la Santé et de l'Education Nationale

Abus de drogues

Les réponses données se basent sur les statistiques du service de la Sûreté Publique (saisies faites en 1985). D'autres statistiques, en ce qui concerne le problème de la drogue au Luxembourg, ne sont malheureusement pas disponibles.

Question 1 :

- HEROINE

En 1985, 6.826,922 g d'héroïne ont été saisis dont 6.814,22 g étaient destinés au trafic et 12,702 g à l'usage.

- COCAÏNE

1.478 g de feuilles de coca, 100 g de pâte de coca et 27.171 g de cocaïne ont été saisis ; de ces quantités 11 g de cocaïne étaient destinés à l'usage, le reste était destiné au trafic.

- DROGUES DE SYNTHÈSE

9,8 g d'amphétamines (7 g destinés au trafic, 2,8 g à l'usage) et 202 doses de LSD (200 destinées au trafic, 2 à l'usage) ont été saisis.

- SUBSTANCES SOUS FORME COMBINÉE

Il n'existe pas de statistiques à ce sujet ; on peut dire que l'alcool constitue toujours le problème n° 1 en ce qui concerne la toxicomanie dans notre pays. Chez les alcooliques féminins, l'alcool est souvent associé aux médicaments ; en ce qui concerne les jeunes toxicomanes, on constate qu'ils

sont le plus souvent polytoxicomanes, c'est-à-dire qu'ils utilisent une drogue principale, mais qu'ils sont aussi prêts à consommer tout produit disponible sur le marché.

Evolution

L'évolution semble aller vers une augmentation de la consommation d'héroïne et de cocaïne et vers une diminution de la consommation de produits cannabis.

Question 2 :

Comme le dit le Dr. Olievenstein, la toxicomanie résulte de la rencontre de 3 moments :

- un produit
- une personnalité
- une situation socio-économique, c'est-à-dire qu'une personne peut être utilisateur de drogues douces sans devenir toxicomane si ces 3 conditions ne sont pas en interaction.

A l'échelon international, la grande disponibilité de certaines drogues douces n'est donc certes pas la cause unique, mais favorise cependant l'augmentation de la toxicomanie.

Question 4 :

La loi luxembourgeoise contient un arsenal impressionnant de sanctions à l'égard des trafiquants, et notamment des peines d'emprisonnement très élevées (allant jusqu'aux travaux forcés à perpétuité). En fait, des sanctions très élevées sont prononcées (en règle générale entre 5 et 15 ans d'emprisonnement).

L'expérience montre toutefois que les peines ont peu d'effet dissuasif. Le combat doit dès lors être mené principalement sur le terrain de la prévention. Les éléments de lutte efficace pourraient être les suivants :

- contrôle efficace aux frontières extérieures de la Communauté, et notamment dans les aéroports, y compris par la mise en oeuvre de moyens techniques ;
- collaboration entre les polices, échanges de renseignements sur les personnes suspectes en provenance notamment des pays de production de l'héroïne et de la cocaïne ;
- étude du problème des passagers en transit ;
- technique de la livraison surveillée ;
- mise en place d'officiers de liaison au niveau de décision élevé ;
- envoi d'agents dans les pays de production.

Dans le contexte du trafic international, le Luxembourg doit être considéré comme un pays de transit. Il n'existe apparemment pas de filières de distribution à Luxembourg à partir d'importations massives de l'étranger. La consommation locale est assurée par de petits dealers (revendeurs) s'approvisionnant sur des marchés tels que Amsterdam et Francfort.

Question 5 :

La coopération est assurée à Luxembourg entre les différents ministères compétents. L'effort devrait être placé essentiellement sur le plan de la prévention (information et éducation par le personnel enseignant, les médecins, etc.).

Question 6 :

Les liens entre petite délinquance de droit commun et usage de drogues existent, mais il ne s'agit pas d'un problème préoccupant.

Question 8 :

Toute prévention, quelque soit le modèle préventif retenu, doit tenir compte des trois variables essentielles du problème :

- le jeune ;
- le produit ;
- le contexte socio-culturel.

L'interdépendance de ces trois facteurs n'étant plus à démontrer, l'approche éducative doit tenir compte dans la mesure du possible des trois paramètres.

Pour endiguer la progression de l'abus des drogues, les secteurs éducatifs misent avant tout sur la prévention. Toutefois, il y a lieu de noter que le domaine de la prévention apparaît vaste et imprécis. Notons que pour le département de l'Education, la prévention concerne l'environnement social de même que l'individu : la famille, l'école, le travail où il s'agit de diminuer, voire d'éliminer les facteurs potentiellement pathogènes pour l'individu, qu'il faut doter des aptitudes et compétences sociales nécessaires qui lui permettent de garder ou de retrouver l'équilibre avec son environnement social.

Une enquête de type épidémiologique faite par l'Institut de Formation pour Educateurs et Moniteurs à la demande du Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse, montre qu'un nombre élevé de jeunes doit être considérés comme personnes à "risque", et montre également la nécessité :

- des actions d'information (à l'école et dans les médias) ;
- des actions de formation (formation de base et formation continue des enseignants et éducateurs) ;
- d'une réflexion permanente sur l'institution "école" ;
- des initiatives à prendre dans les domaines des loisirs (au niveau des activités périscolaires et des loisirs proprement dits) ;
- de l'action auprès des familles¹.

Actuellement, au niveau des campagnes et actions éducatives et informatives à entreprendre à l'initiative des Services de l'Education, il y a lieu de repenser toute l'approche officielle dans le sens de garantir qu'à tous niveaux de l'action, il soit tenu compte des trois paramètres majeurs : le produit, la personnalité de l'individu et le moment socio-culturel. En

¹Cf. J. Matheis, P. Prussen, G. Bintener, Nos élèves devant la drogue, pp. 176-190

effet, dans le domaine de l'éducation plus que dans tout autre, il faudra éviter d'isoler un de ces trois termes de cette équation, sinon on va vers des outrances dans un sens ou l'autre².

L'étude "Nos élèves devant la drogue" constitue un pas important dans notre connaissance du phénomène de la toxicomanie parmi la population des jeunes Luxembourgeois. En effet, pour la première fois, au Grand-Duché, nous disposons de données quantitatives scientifiquement fiables, permettant de mesurer l'étendue des problèmes soulevés. Or, la connaissance des résultats n'est pas une fin en soi. Elle ne peut être que le début d'un ensemble d'actions que la conception de l'étude préfigure en quelque sorte. Ainsi la drogue n'est pas un phénomène isolé, au contraire c'est une affaire de la société. L'éducation ne peut plus s'en remettre aux seuls spécialistes de la question. La drogue est devenue l'affaire de tous, du jeune et de l'adulte, de l'enfant et des parents, de l'élève et de l'enseignant, du malade et du médecin, du délinquant et de la police ...

Aussi le Gouvernement luxembourgeois entend-il continuer sa mission de sensibilisation de toute la population concernée et renforcer son action d'information à l'école, dans les médias, auprès des familles. Il le fait directement, en intervenant par ses propres services, ou indirectement, en facilitant dans la mesure du possible les initiatives privées dans le domaine. La plupart de ces mesures ont surtout un caractère préventif et doivent éviter une publicité trop tapageuse.

Par ailleurs, le Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse n'omettra pas de surveiller de près l'évolution du phénomène de la toxicomanie auprès des jeunes et se propose de procéder régulièrement, par l'utilisation d'une méthode transverso-longitudinale, à des enquêtes pour déterminer avec rigueur les tendances d'une progression (ou régression) éventuelle de l'abus des drogues licites et illicites parmi la jeunesse du pays.

² Ni anges au départ, ni démons après : Entretien avec Claude Olievenstein par Marcel Kahn, dans : Comprendre le toxicomane - les moyens d'y faire face ; Impact, science et société, UNESCO, n° 133, 1984

PAYS-BAS

Position du gouvernement néerlandais

- document "Fact Sheet on the Netherlands" (Fact sheet 19-E-1985) publié par le Ministère de la Santé et des Affaires culturelles

- exposé de Monsieur J. WIARDA, Hoofdcommissaris van politie - Utrecht devant la commission d'enquête, les 24 et 25 avril 1986

Fact Sheet

International
Relations
Directorate

on the Netherlands

Sir W. Churchilllaan 362
Postbus 5406
2280 HK Rijswijk
The Netherlands

Policy on drug users

Drug abuse did not emerge as a social problem in the Netherlands until the late 1960s. Since that time, however, the use of drugs has continued to increase. Initially the police and judiciary dealt severely with drug users but increasing doubts arose as to the value of criminal proceedings in such cases. These doubts and the growing scope of the problem led the government to appoint experts from various disciplines to form the Working Party on Drugs. The Working Party's recommendations, published in 1972, have largely determined the direction of present-day drugs policy. Since that time, there have been two aspects to drugs policy, enforcement of the Opium Act and policy on assistance, the central objective being to prevent and deal with the risks that drug abuse presents to addicts themselves, their immediate environment and society as a whole. Responsibility for coordinating alcohol and drug policy lies with the Minister for Welfare, Health and Cultural Affairs. In 1974 the Interministerial Steering Group on Drug Misuse Policy was set up to coordinate at national level the activities of the various ministries involved. In 1982 the Group's responsibilities were extended to include policy on alcohol.

The 1976 Opium Act

In its report the Working Party on Drugs concluded as long ago as 1972 that the basic premise of drugs policy should be the extent of the risks involved in drug abuse. These risks, or the likelihood of harmful effects, are largely dependent on the nature of the category of user and the circumstances in which the drugs are taken and are determined only in part by the direct psychopharmacological properties of the substances themselves and their effect on the consciousness. The Working Party suggests that a distinction can be made between the risks associated with different substances. In view of the government's adoption of the risks approach, radical amendments of the outdated Opium Act of 1919 which would fulfil the Netherlands' obligations stemming from the 1961 international Single Convention on Narcotic Drugs were put before Parliament. The amended Act entered into force in 1976. Responsibility for implementing the Opium Act rests jointly with the Minister for Welfare, Health and Cultural Affairs and the Minister of Justice.

The amended Opium Act draws a distinction between 'drugs presenting unacceptable risks', such as heroin, cocaine, LSD, amphetamines and hash oil, and 'traditional hemp products', such as hashish and marihuana, the possession of hemp products for personal use being subject to a less severe penalty. Activities such as possessing or trafficking in drugs of any kind, except for medical or scientific purposes, are punishable offences.

An important amendment was the considerable increase in the penalties imposed for national and international drug trafficking. The maximum penalty for trafficking in heroin and cocaine, for example, was increased from 4 to 12 years' imprisonment. The Act also reflects the view that criminal law plays only a minor part in preventing individual drug abuse. Although the risks to society must of course be taken into account, every possible effort must be made to ensure that drug users are not caused more harm by criminal proceedings than by use of the drug itself. The view that government policy should take into account the differing risks incurred by drug abuse is also reflected in the prosecution policy pursued in implementing the Opium Act.

Prosecution policy and the expediency principle

One of the basic premises of Dutch criminal procedure is the expediency principle laid down in the Code of Criminal Procedure whereby the Public Prosecutions Department is empowered to refrain from bringing criminal proceedings if there are weighty public interests to be considered ('on grounds deriving from the general good'). Guidelines have therefore been established for detecting and prosecuting offences under the Opium Act. Similar guidelines also exist for other offences such as the illegal possession of arms, pirate broadcasting, and exceeding the speed limit. The guidelines contain recommendations regarding the penalties to be exacted and set out the priorities to be observed in detecting and prosecuting offences. The scale of priorities adopted corresponds to the distinctions made in the Opium Act. Accordingly, detecting the import and export of 'drugs presenting unacceptable risks' takes the highest priority whilst detecting the possession of 'hemp products' for personal use takes the lowest priority. Special police officers and customs officials take specific action to detect the import and export of, and large-scale trafficking in *all* drugs (including hemp products). Parliamentary approval of a government bill to amend the Opium Act will make it possible to step up efforts to combat national and international trafficking in drugs presenting unacceptable risks. The bill proposes that, apart from trafficking itself, activities carried out *preparatory to trafficking* in such drugs should be treated as criminal offences. Furthermore, all persons who attempt to import drugs into the Netherlands, make preparations to do so or assist another to do so, should be liable to prosecution in the Netherlands, regardless of their nationality.

The application of the expediency principle in the Netherlands may be seen as part of a pragmatic prosecution policy. In cases involving low-priority offences

Statutory penalties laid down in the Opium Act

	maximum penalty for possession	maximum penalty for manufacturing, transporting or trafficking	maximum penalty for importing or exporting
hemp products	<p><i>up to 30 grams:</i> a minor offence: one month's detention or Fl. 5,000 fine</p> <p><i>more than 30 grams:</i> two years' imprisonment and/or Fl. 1,000,000 fine (2)</p>	<p><i>up to 30 grams:</i> a minor offence: one month's detention or Fl. 5,000 fine</p> <p><i>more than 30 grams:</i> two years' imprisonment and/or Fl. 1,000,000 fine (2)</p>	<p>four years' imprisonment and/or Fl. 100,000 fine (2)</p>
drugs presenting unacceptable risks (heroin, cocaine, etc)	<p><i>for personal use:</i> one year's imprisonment or Fl. 10,000 fine (1)</p> <p><i>in other cases:</i> four years' imprisonment and/or Fl. 100,000 fine (2)</p>	<p>eight years' imprisonment and/or Fl. 100,000 fine (2)</p>	<p><i>for personal use:</i> one year's imprisonment or Fl. 10,000 fine (1)</p> <p><i>in other cases:</i> twelve years imprisonment and/or Fl. 100,000 fine (2)</p>

(1) The Act does not lay down a maximum quantity for personal use. In practice, the courts apply a quantity of ½ gram.

(2) If the value of any materials involved in such offences or the proceeds resulting wholly or partially from such offences exceed(s) Fl. 25,000, a maximum fine of Fl. 1,000,000 may be imposed.

the Public Prosecutions Department may decide not to prosecute. The law thus steps aside, as it were, in cases where prosecution would have no beneficial effect in reducing the risks involved. This may be the case for example, if criminal proceedings against users of hemp products would create more problems for them than would be solved. On the other hand, prosecution may well be of value if it leads to treatment as is the case when drug users are conditionally released from pre-trial detention or receive a suspended sentence on condition that they undergo treatment.

Recent trends

Proceeding from the statutory distinction between 'drugs presenting unacceptable risks' and 'hemp products', the following trends can be noted.

a) hemp products

The relatively less severe penalties imposed in respect of the use of hemp or cannabis products have not led to an increase in their use. In 1976, 3% of young people aged 15 and 16 and 10% of the 17 and 18 age group had *occasionally* (that is, on one or several occasions) used hashish or marihuana. In 1985 these figures were 2% and 6% respectively.

b) drugs presenting unacceptable risks (e.g. heroin and cocaine)

Owing to the highly illegal nature of the use of drugs in this category no definite figures are available. Reliable estimates for 1985 vary from 15,000 to 20,000 drug addicts (out of a total population of 14 million).

A number of general trends can be noted:

- the majority of addicts is addicted to heroin;

- the extent of the overall problem appears to be stabilising, although within the category of users as a whole various smaller groups continue to emerge and disappear again;
- over the years drug abuse seems to have increased, in particular amongst groups with a relatively disadvantaged social and economic position (often those belonging to ethnic minorities);
- the use of cocaine is increasing;
- heroin users tend not to restrict their use to heroin but to combine all manner of substances, including alcohol and psychotropic drugs;
- there are indications that the average age of users is rising and that people are older when they take drugs for the first time.

Policy on aid and prevention

The first government policy document on aid to drug addicts appeared in 1977. Since then the Government has formulated a number of policy principles, the most important of which are listed below:

- a. a multi-functional network of medical and social services should be built up at local or regional level to provide assistance in ways which are appropriate to the differentiated problems;
- b. assistance must be made more accessible;
- c. the social rehabilitation of drug addicts and former drug addicts should be promoted;
- d. greater and more efficient use should be made of non-specialist facilities that can provide assistance to drug addicts, such as primary health care facilities, including general practitioners, and youth welfare facilities;

e. the various aid facilities should be coordinated more effectively;

f. since there is more to prevention than publicity campaigns, the role of information should not be overestimated; the risks of drug abuse should be put across as part of a general health education campaign rather than as a separate issue.

a. a multi-functional network

The development of aid networks is dependent at local level on the municipal executives and may vary from town to town. (If necessary, municipal authorities may cooperate to form a regional network). The pattern of services provided by different local networks also varies, combining any of the following:

- assistance on an outpatient basis (field work, social counseling, therapy, the supply of methadone, rehabilitation);
- semi-residential care (day centres/ night centres, day-care treatment, employment and recreation projects);
- residential aid (crisis centres, detoxification centres, drug dependence units, drugfree therapeutic communities).

b. making help more accessible

For many years care concentrated too much on ending addiction and its associated behaviour without necessarily meeting the needs of the addicts or helping them to function within society. One of the consequences of this was that addicts who did not primarily feel the need to 'kick the habit' or were not capable of doing so, remained beyond the reach of assistance and this in some cases led to further social isolation and degradation. Once this problem was recognised increasing encouragement was given to forms of aid which are not primarily intended to end addiction as such but to improve addicts' physical well-being and help them to function in society, the inability to give up drug use being accepted as a fact for the time being. This kind of assistance may take the form of field work, initial reception, the supply of substitute drugs, material support, and social rehabilitation opportunities. Special attention is given to ensuring that services are accessible to ethnic minorities.

The fact that the government is willing to encourage the giving of assistance to addicts who do not - for the time being at least - see any likelihood of establishing a drug-free lifestyle, is indicative of the realistic approach being taken and the determination not to abandon drug addicts. Failure to provide care of this type, which stresses the need to help addicts, would be a worse alternative and would simply increase the risk to the individual and society. Obviously, the long-term objective of the current approach is also to help addicts lead a drug-free existence.

The Dutch Government rejects the idea of compulsory treatment of any kind.

c. promoting social rehabilitation

Promoting social rehabilitation is an important part of the aid process because both during and after treatment, addicts and former addicts often have no realistic prospects in society in the sense of work or some other meaningful occupation, training opportunities and accommodation. The necessary attention should therefore be given at the earliest possible stage to developing genuine social alternatives for drug addicts. This means that such matters as housing (subsidised or otherwise), vocational training and appropriate work, training for work and assistance in finding employment are not only important in the after-care stage but also constitute an inseparable part of the treatment, to be incorporated

from the outset. Only then can addicts be sufficiently motivated to take part in an aid programme.

d. greater and more efficient use of primary care facilities

To date, treatment has largely been given in special centres for drug addicts which have been operating for several years. In recent years it has been realised that specialised treatment of this kind must be limited to essential cases only, to avoid restricting the accessibility of aid services and the effects of the stigma associated with drug use, both of which tend to reinforce the label of being a drug addict. Projects have been set up to encourage addicts and former addicts to make use of general facilities including health and social services and youth welfare and housing facilities that are accessible to all members of the public, as a means of initiating or furthering the process of social integration.

e. better coordination of aid services

The way in which the different aid services are planned and/or funded varies considerably, making it essential to create conditions that will enable these facilities to be coordinated more effectively. Since 1978 primary responsibility for creating a cohesive network of aid facilities has been vested in municipal authorities so that aid can be geared as much as possible to the local or regional situation. In other words, there has been a decentralisation of powers. The municipal authorities draw up policy plans and can submit them to the Inter-ministerial Steering Group on Alcohol and Drug Abuse Policy (ISAD) to be considered for central government financing. It is the ISAD which has done most to coordinate planning and funding at central government level. These efforts at coordination will be placed on a statutory footing when the Health and Personal Social Services Act enters into force (see further Fact Sheet 4).

f. prevention

It is a principle of prevention policy that publicity campaigns and educational material should deal with the risks of drugs and alcohol as a single subject. The Dutch Government takes the view that general information about potentially harmful substances should preferably be incorporated in the primary school subject of 'healthy living'. Secondary school pupils are also encouraged to act responsibly in this respect.

The significance of information as a means of preventing drug (and alcohol) abuse should not be overestimated however. Various studies have shown that publicity is ineffective in preventing the problems of drug abuse, particularly where it has the effect of sensationalising the dangers of drugs or seeks to warn or deter people. Publicity of this kind is likely to be one-sided and is therefore not used by the Dutch Government. Such publicity may even encourage experimentation with drugs. The example of parents and other role models has been found to be of greater influence. Recent research into the lifestyles of heroin addicts in the Netherlands has given rise to new attitudes towards prevention. The research showed that, from the point of view of the circumstances and the negative prospects of many addicts, the use of drugs has a certain functional significance for them, that is to say, it is by using drugs that they are able to cope to some extent with the difficulties, conflicts, contradictions and other problems they encounter in society. This finding has widened our understanding of the reasons why drug addicts turn to drugs and makes it clear that current measures of prevention are not necessarily the most appropriate solution.

It was also found that experimenting with drugs does

not automatically lead directly to addiction. The number of experimenters who subsequently give up drugs (the so-called chippers) is several times greater than the number who ultimately become addicts. Measures to prevent beginners sliding into addiction are therefore extremely important. Preventing *problems* arising in the first place may consequently receive more emphasis than preventing the use of drugs. In view of the above, the Dutch Government believes that drug use should be shorn of its taboo image and its sensational and emotional overtones and that the image of the junkie should be demythologised, that is, reduced to its real proportions. Drug users should be treated as far as possible as 'normal' people who are given 'normal' opportunities and of whom 'normal' demands are made. This means that drug users or even addicts should not be regarded primarily as criminals nor as dependent, helpless patients. Drug users have to face their responsibilities too. It is obvious that many of them have, to a certain extent, consciously chosen their lifestyle.

Generally speaking, the phenomenon of drug use and particularly the problems associated with it should be made more amenable to discussion.

Aid services, organisations and funding

1) medical and social assistance: the Medical Consultation Bureaus for Alcohol and Drug Problems

The Medical Consultation Bureaus for Alcohol and Drug Problems (CADs) are private institutions, the entire costs of which are met directly by central government. 70% of these funds are provided by the Minister of Welfare, Health and Cultural Affairs, the remaining 30% being provided by the Ministry of Justice since the CADs are also active in the field of after-care and probation. 70% of the CADs clients have alcohol and 30% have drug problems. Given the nature of their problems, however, it is difficult to make a distinction between the assistance given to alcoholics and that given to drug addicts. Although the CADs are primarily organisations providing outpatient mental health care, their services are also strongly oriented towards social welfare as the vast majority of their staff (900 in all) are social workers.

The objectives of individual CADs may vary somewhat, from overcoming addiction through treatment to stabilising the condition of addicts by supplying methadone on a 'maintenance basis', which means that the dosage of methadone is not gradually reduced to nil as is the case when the drug is supplied on a 'reduction basis'. Assistance aimed at stabilising the condition of addicts is termed 'counselling'. A variety of methods are used including psychotherapy, group therapy, material assistance, family therapy, and advising groups of parents. An increasingly important area of the CADs' work is to advise teachers, general practitioners, youth workers and other members of general health and welfare services so that they themselves are able to advise and inform others (see 1 d). The prevention role of the CADs has expanded considerably in recent years. They occasionally also organise information campaigns. A further aspect of the CADs' work is the initial reception of alcoholics and drug addicts in police stations and counselling during and after detention in penal institutions.

The nationwide network of CADs comprises 17 head offices and some 89 subsidiary branches or addresses where consultation sessions are held. The network's total budget for 1985 amounted to Fl. 62 million.

2) municipal methadone programmes

In addition to the supply of methadone by the CADs and a number of social welfare organisations for young people, several municipal authorities have set up their own methadone programmes which are usually run by the municipal (GG & GD) or regional (DGD) health services (budget: approx. Fl. 7 million; financed by the Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs). The drug may be supplied on a reduction basis (the dose is gradually reduced) or on a maintenance basis (a constant dose). Methadone is now supplied either by a medical consultation bureau or the municipal health services in virtually all the municipalities with a drugs problem (that is, in about 50 municipalities).

3) social welfare services (facilities for youngsters)

Drug users - chiefly young people - can obtain help from a wide range of social welfare services aimed partly or specifically at drug users. A broad approach to prevention activities is therefore preferred. Certain multiple-risk groups can often be identified, such as the unemployed, ethnic minorities, young people from marginal groups and drug addicts, for whom a joint approach is required. This can best be done at local level.

The projects listed below concentrate on different aspects of aid to young people in particular and are easily accessible, with few criteria for admission:

- a. 16 projects aimed at preventing the social isolation of drug addicts;
- b. 29 projects to make contact with addicts and refer them to general or specialised aid agencies;
- c. 31 social assistance and crisis centre projects;
- d. 13 day centres and night centres where psychosocial assistance is provided;
- e. 18 social rehabilitation projects for addicts and former addicts, encompassing sub-projects in supervised accommodation, training and adjustment to work, in some cases in the form of after-care following outpatient or residential treatment.

Finally, a number of national aid services are also approaching the problem of drug use from the point of view of religious or other philosophical convictions or the ethnic identity of the target group.

The total budget for 1985 amounted to approximately Fl. 50 million for 107 projects in 45 municipalities.

Roughly one half of this sum was accounted for by the four major cities, Amsterdam, Rotterdam, The Hague and Utrecht, whilst one third was spent on aid to drug addicts from former Dutch colonies overseas, namely the Moluccans and Suriname.

Some 500 people are employed in these aid services.

4) residential facilities (drug dependence units)

Residential facilities for the treatment of drug addicts and alcoholics are situated throughout the Netherlands providing a total of 807 beds of which 151 are for drug addicts, 461 for alcoholics and 195 for either category of patient. These facilities may take the form of independent clinics or special units in general psychiatric hospitals. The type of treatment varies. Emergency treatment and physical detoxification may last between two days and three weeks. Clinical treatment with the purpose of ending addiction may last from three to twelve months. The first year of treatment is financed from health insurance contributions. The cost of subsequent treatment is met pursuant to the Exceptional Medical Expenses (Compensation) Act. These facilities cost about Fl. 70 million in 1985.

5) Federation of Alcohol and Drug Dependence Organisations (FZA)*

The FZA (formerly the 'Federation for the Care of Alcoholics') was established in 1953 in response to the need for cooperation at national level between organisations providing assistance to alcoholics. It coordinates the activities of its member organisations and gives support to their policies. Member organisations include the Medical Consultation Bureaus for Alcohol and Drug Problems, special clinics for alcoholics and drug addicts, and, increasingly, social welfare organisations. The FZA also plays an important national role in providing information, developing expert knowledge and training of personnel.

6) information organisations

Grants are also given to a number of long-established national organisations active in the field of alcohol abuse which are increasingly turning their attention to other kinds of addiction.** These organisations help to prevent the problems of addiction by producing publications and organising meetings and other information activities which involve numerous volunteers. Together with the FZA these organisations formed the Coordinating Committee for Information Packs (KKI). Packs of educational material (in Dutch) can be ordered from the central office of the KKI.***

7) Alcohol and Drug Use Research Institute (SWOAD)****

The SWOAD is an academic institute which furnishes documentation and carries out and commissions research on alcohol and drug abuse.

* FZA, Postbus 171, 3720 AD Bilthoven; tel. 030 - 78 07 24.

** National Committee against Alcoholism and Other Addictions (NCA), Willem Barentsstraat 39, 3572 PC Utrecht; tel. 030 - 71 12 00

Royal National Association against Alcohol Abuse, Postbus 29728, 2502 LS The Hague; tel. 070 - 46 95 38

*** KKI, Postbus 18671, 2502 ER The Hague; tel. 070 - 63 91 68

**** SWOAD, De Laressestraat 39, 1071 NS Amsterdam; tel. 020-76 13 43

The following Fact Sheets are available in this series:

Welfare work for minorities (FS-1-E/FS-2-E)
Developments in social welfare (FS-3-E)
Health care (FS-4-E)
Care of the aged (FS-5-E)
Broadcasting system (FS-7-E)
Preservation of monuments (FS-9-E)
Sports (FS-12-E)
Music and dance (FS-13-E)
Film (FS-15-E)
Amateurs and the arts (FS-16-E)
Social policy on the handicapped (FS-18-E)
Urban renewal (FS-20-E)
Voluntary work (FS-21-E)
Welfare and employment (FS-22-E)
Press (FS-23-E)
Theatre (FS-24-E)
Government and visual artists (FS-26-E)
Literature (FS-28-E; FS-29-E)
Public libraries (FS-30-E)
Museums and museum policy (FS-31-E)
Archaeology (FS-32-E)
Archives (FS-33-E)
Adult education (FS-35-E)

International Cooperation

The Netherlands is a party to the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs. A bill to accede to the 1972 Protocol amending the Convention is currently being discussed by Parliament. In addition, the Netherlands is a member of the UN Commission on Narcotic Drugs. Apart from activities within the framework of the WHO, UNESCO, the EC and other international organisations, discussions in the Pompidou Group are regarded by the Netherlands as being of particular importance since they afford an opportunity for cooperation and coordination at regional level. The Pompidou Group is linked to the Council of Europe by a partial agreement. Its purpose is to further cooperation between its 16 European member states with regard to combating illegal drug trafficking and improving preventive measures and aid to addicts.

1. Aspects of government policies

Government policies on:

- gambling;
- use of alcohol;
- pornography;
- prostitution;
- use of drugs,

seem always to have fluctuated between repression and integration. Time and again the accent changes on the waves of cultural, economic and political movements. In my opinion, religion has also played an important role.

The **main characteristic** of the phenomena mentioned above is that they imply private as well as public behaviour. Sometimes prohibitive legislation aims at both, sometimes at public behaviour alone. The more legislation is based on morals, the more often private behaviour is implied. While it is clear that every law to some extent rests on morality, it is equally clear, that imposing moral rules by means of legislation goes beyond **the limits of the rule of law**. The law, in my opinion, has to be restricted to public behaviour and human interactions which have direct effects on public order.

The prohibition of any kind of behaviour means regression of all appearances of the behaviour defined as illegal. **Repression excludes social integration**. When the use of drugs is labeled as illegal, any kind of information and education, other than "IT IS FORBIDDEN" is contrary to the letter and the meaning of the law.

Control is the total set of social mechanisms for regulating the undesirable features of the (international) community. Since prohibition and repression aim to eliminate these features, they exclude integration and control.

Integration is the necessary condition for control.

Too much belief in the repression of human behaviour will ultimately lead to the suppression of human beings.

2. The repressive strategy has failed.

In the opinion of international experts, illicit drugs account for 60 to 80% of the total criminal volume. The criminal volume world-wide is estimated at least at one trillion US-dollars, and it seems to be growing faster than the volume of the official economy.

The global system of illicit narcotics is the most important factor causing the growth of the criminal economic volume. There are of course other important factors, for instance arms smuggling, gambling, prostitution and fraud on international trade regulations (E.C.-regulations).

Seizure and confiscation of illicit narcotics is growing, but has stabilised at a level of 3 to 5% of the total volume, in the opinion of experts. It is questionable whether a seizure of less than 5% is of any effect on the problems of:

- production, trafficking,
- dealing and using.

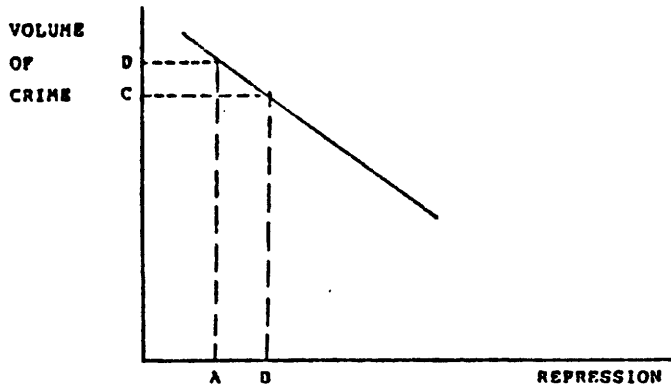
World problems in relation to drugs are caused by the 95% not caught by police and customs and in consequence reach the users.

What if we succeeded in doubling the seizure of illicit narcotics? Would the effects be satisfactory if 10% were caught? I do not believe so. There is no really relevant difference whether 95% or 90% reaches the users.

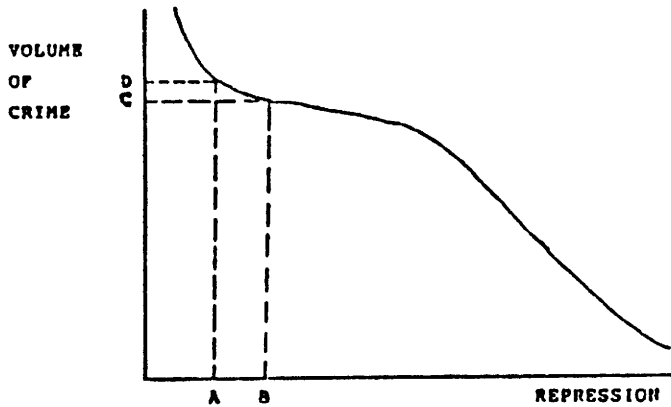
And what would be the social and financial costs, if we nevertheless tried to do so? In that case I foresee a trebling or quadrupling of the financial costs, combined with a change in police tactics which comes near to the suppression of people, instead of diminishing undesirable social phenomena.

3. Effect of repression on the level of crime

It is often supposed, that there is a direct connection between repression and the volume of crime.



Will every increase of effort AB result in a reduction of crime by the volume CD? This seems not to be correct. The line is not straight and the inclination is not constant.



We must assume, that every kind of crime has a specific diagram. For a subject like drugs, I think we are somewhere in the rather flat sector of the diagram, at some distance from the steep parts of the diagram. It is therefore most unlikely that an increase of repressive efforts would have a significant effect in reducing the volume of crime in the field of narcotics.

4. Effects of repressive strategy

The effects of the repressive strategy can be described as intentional or as unintentional, depending on the goals any government aims to achieve.

Confirmation/consolidation of the rules and norms is of great importance to society. Government and the police can repeatedly tell law-abiding citizens that the rule of law prevails. But:

Users are stigmatized. Users are marked as criminals. Therefore they do not fit into the daily life of the society they belong to. Behaviour is expected to be non-conformist, AND IT IS. Users are the drop-outs of society. Society can simply be divided into "goods guys and bad guys".

Seizure stabilizes local prices. Since there are several criminal organisations involved in illegal trafficking, they compete on the one hand, but on the other hand have an interest in having drugs taken out of the market in order to stabilize local prices.

Demolishing manufacturing facilities stabilizes the volume of production.
As far as governments are involved in the growing and production of drugs they are in a position to have their army regulate the volume of production.

The more repression, the higher the prices, the greater the profits. More repression means more risks for criminal organisations (financial) and for individual criminals (imprisonment). The prices have to make up for the losses and potential losses. Greater risks therefore lead to a greater than proportional increase in prices. Profits will consequently be greater when criminal operations succeed. I assume that the incentive of potential profits outweighs the deterrent value of the risk of being caught.

Police effectiveness is mainly dependent on information from the criminal organisations involved.

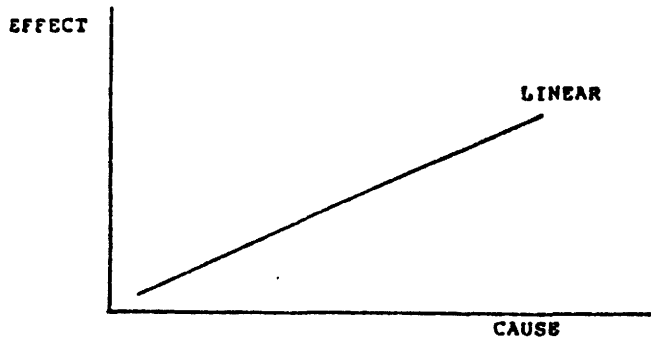
Police effectiveness mainly depends on :

- information,
- chances and opportunities,
- skills and endurance, to seize every chance, to use opportunities and to get information. But none of these will be of any help without the appropriate information, coming from individual criminals and the criminal organisations involved.

5. Prohibition of drugs: a criminogenic multiplier.

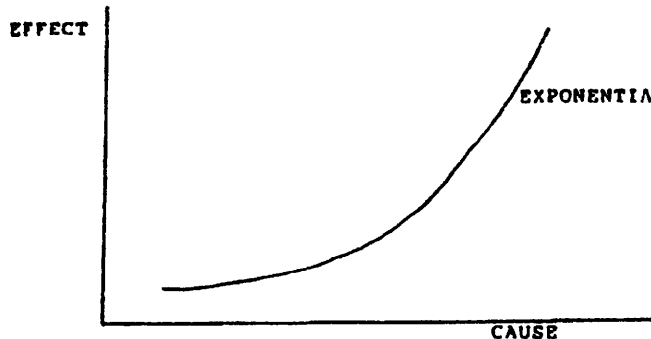
As long as there were no prohibitive laws on drugs, no criminality in this field existed. It is always useful to remember, that criminality by definition begins with legislature. While breaches of social and moral rules existed before the law was put in writing, they may have been a problem for society, but they were not a problem of criminality.

Once the production of the raw material, manufacturing, trafficking, trade, dealing and using of narcotics is prohibited, not only does crime in the field of



drugs develop and increase, several other kinds of crime are fostered by drug-related criminality.

There is a striking similarity to the prohibition of alcohol in the USA in the thirties. It was also a multiplier of other crimes,



and of criminal organisations, resulting from the profits of crime, which had to be re-invested in even more criminal activities.

6. Criminal organisations

The top-structure of criminal organisations can be compared to that of a holding company. It provides management, organisation and financing, with a fairly wide range of criminal and semi-criminal products, like arms smuggling, drugs, prostitution, gambling and smuggling of human beings.

At the operational level there is a wider diversification of branches and products. It is almost as Peters and Waterman describe in their famous book: *In Search of Excellence*: "Let the smaller production companies compete with one another. Then they will perform excellently".

This way of looking at criminal organisations makes it clear that the difference between them and the legal economy is thin ice, especially in the upper echelons. Strong interrelationships exist between legal business and the illegal (criminal) business.

This is not surprising. Criminal economy is part of the official economy and related to it.

7. Corruption

To bribe is easier than to kill. What's more, the risks of killing officials, especially police officers, are high. **Corruption is the more sophisticated way.**

The bigger the criminal volume as part of the legal economy, the greater the **criminal involvement in legal business**. And when officials are aware of that involvement, or ought to be, there is by definition a case of corruption. When the criminal volume increases, corruption will increase out of all proportions.

Public officials, especially police and customs officers, are the target of corruption.

Corruption has to be recognised as the **first serious menace** to western democracies.

8. Repression and the police

Belief in repression leads to:

- more police;
- more police powers;
- more penetration of the police into society;
- and ultimately more interference by the police in social life
and
private life;
- but leaves us with the unsolved question:
"Quis custodiet ipsos custodes?". "Who is policing the police?"
- strengthening the police is **the second serious menace** to western democracies.

I hope you will not misunderstand me. I do not know when the number of police and the extent of police powers are balanced against social structure and crime. But there is no way back from a police force that has grown too strong, apart from A REVOLUTION.

9. Liberalisation of drugs

People often think that liberalisation of drugs is utopian and undesirable. The comparison with alcohol and gambling can be of some help.

The only way to stop growth of criminality and criminal influence on normal life during the **prohibition of alcohol in The United States of America** was the liberalisation of alcohol.

After the abolition of prohibition, criminal organisations went into **gambling**, on such a scale that it became a major problem, especially in the big cities, particularly New York. Again the solution that was chosen was a far-reaching liberalisation of the laws on gambling.

After the decriminalisation of gambling, criminal organisations turned to **narcotics**. The criminal market in narcotics developed step by step to today's volume.

Still we know that alcohol is a huge social and administrative problem. Fatalities caused by alcohol for instance are high. Those caused by traffic are higher. The figures for smoking are even higher still. Nevertheless, smoking and driving have never been regarded as problems to be solved by prohibitive legislation.

Based on these insights, it is in my opinion **to be expected**, almost predictable, that the world will see a **trend towards the liberalisation of narcotics**. This liberalisation will lead to a substantial breakdown of criminal organisations.

It is not the question if this will happen, but **how**, when it happens man will be able to manage the social changes that will accompany the trend towards the integration and liberalisation of drugs.

With regard to an eventual liberalisation of drugs, three questions should be raised:

- What will the economic consequences be?
- Will criminal organisations develop alternative criminal markets?
- What will happen to the level of drugs consumption?

As to the **economic consequences**, we must realise that the criminal part of the world's economic system is probably increasing. We should not wait until we cannot afford a liberalisation for economic reasons.

Of course criminal organisations will turn to other markets, like illegal arms dealing, prostitution, gambling, etc. Until now I do not see an alternative market with a potential like the drugs-market. This should mean unemployment in criminal organisations and that seems to be a contradiction in itself. But we have to consider the consequences of such a situation.

9a. About the level of consumption in case of liberalisation

Until now there has been too little research on this matter. So nothing is certain in this field.

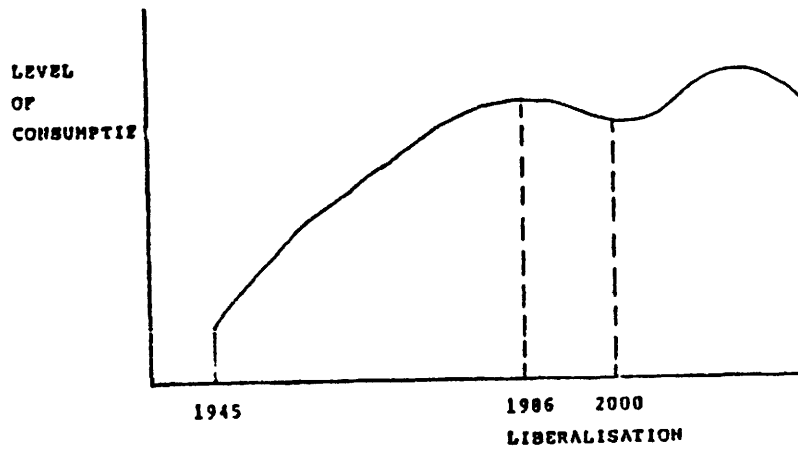
An important indication could be the following. As said earlier, about 95% of all illegal drugs reach the users. Only about 10% of the total volume can be estimated with any accuracy. Consequently, it is not incorrect to conclude that the total volume reaches the users. After liberalisation it would not be different. So why should the level of consumption increase?

A second indication is that when hashish and marijuana was de facto liberalised to users in the Netherlands, the prices sank and the level of consumption diminished. On what grounds can we be sure that it would be different in the case of some or most kinds of other drugs?

A third point could be that the rule of prohibitive law is of some importance in helping people to have a strong will not to use, or to kick drugs. There is quite an argument on the other hand, that the criminal scene of using is seductive. So the effect of these two factors, contrary to each other, will probably be to reduce the level of consumption.

I expect that a step by step process of liberalisation would bring the level of consumption up only temporarily. After some time, within one or two generations, the global level would stabilize at a similar or lower level than it is today. It will depend mainly on the moment and on long-term and short-term cultural fluctuations.

If, in the diagram, we start in 1995, the short-term effect would be called positive. In 2010 it would be negative. But who can predict the diagram?



10. Conclusion

On a worldwide scale, the goals of repressive drug policies have not been achieved.

It is not that we do not get anywhere, but the effects are negative both for society and individuals.

Therefore we need other goals:

1. How to integrate use of drugs in social life.
2. How to educate people with regard to drugs.
3. How to manage abuse, in terms of:
 - disturbance of public order;
 - damage to non-users.

International organisations, such as the

* United Nations and the

* European Community

are confronted with the challenge

* to find the answers to these three questions;

* and to stimulate the member states towards a step-by-step liberalisation of drugs.

PORTUGAL

Position du Gouvernement portugais

- Réponse en date du 24 mars 1986 du Directeur Régional du Sud au Centre d'Etude de la Prophylaxie de la Drogue, organisme relevant du Ministère de la Justice
- Réponse, le 10 avril 1986, du Cabinet de planification et de coordination de la lutte contre la drogue, lequel dépend du Ministère de la Justice

Position du Gouvernement portugais

- Réponse du Directeur Régional du Sud au Centre d'Etude de la Prophylaxie de la Drogue

Abus de drogues

Selon nous, l'utilisation des drogues dures a beaucoup augmenté au Portugal ces dernières années, particulièrement l'héroïne. Cela s'est fait parallèlement à l'Espagne et avec plus ou moins dix années de retard par rapport à l'augmentation similaire observée dans les pays les plus développés de l'Europe.

Fabrication illicite et substitution des cultures

Etant médecin-directeur d'un établissement thérapeutique, je ne me considère pas habilité à vous répondre sur ces deux points.

Toxicomanie

Je pense que la question la plus importante qui se pose chez nous est la diffusion des centres de traitement, selon des modèles modernes. Nous en avons seulement trois pour tout le pays ; deux communautés thérapeutiques officielles ; assez peu de prévention primaire. Nous avons besoin de beaucoup plus.

Libéralisation

Mon avis personnel est que cette libéralisation n'est pas souhaitable.

Action de la Communauté européenne

Nous considérons de grande importance les actions de formation, les visites et les échanges internationaux, ainsi que des actions d'investigation coordonnées internationalement.

- Réponse du Directeur du Cabinet de planification et de coordination de la lutte contre la drogue

Abus de drogues

Question 1:

- En ce qui concerne l'héroïne, la situation est "très grave".
- En ce qui concerne la cocaïne, on dirait que la situation est "grave".
- En ce qui concerne d'autres drogues dures, y compris les drogues de synthèse, la situation n'est "pas si grave" ; la consommation en est réduite.
- En ce qui concerne les substances sous formes combinées, on assiste à un "adoucissement de la situation" avec passage à la consommation de l'héroïne.

Question 2 :

On n'en possède aucun élément.

Fabrication illicite et substitution des cultures

Question 3:

Elaboration d'une législation adéquate ainsi que son application rigoureuse.

Application de la loi

Question 4 :

De pair avec une législation rigoureuse, une collaboration efficace.

Question 5 :

Seulement un système plus efficace de fonctionnement et de coordination des structures déjà existantes.

Question 6 :

De pair avec le contrôle, la promotion de conditions de vie saluaires, à tous les niveaux, particulièrement pour les adolescents et les jeunes adultes.

Toxicomanie

Question 7 :

On ne saurait comment organiser un traitement sur une base obligatoire.

En ce qui concerne le traitement volontaire, nous préconiserions la création et le développement de soins en régime ambulatoire et en régime d'internement qui harmonisent la croissance interne et l'adaptation sociale, suivies d'un appui pour la réintégration sociale dans la Communauté.

Question 8 :

Développer un système éducatif et social où puissent s'exprimer les capacités créatives et le développement harmonieux de toutes les capacités et leur adéquation à la réalité.

Parents et éducateurs devront constituer des modèles d'identification simultanément compréhensifs, flexibles et réalistes, de façon à pouvoir orienter dans la construction du modèle de fonctionnement adulte !

En ce qui concerne la société, il faut substituer, dans l'organisation pratique de la vie sociale, la notion de "progrès" par celle plus riche de "développement" dans son sens intégral !

Libéralisation

Question 9 :

Avec une très grande réserve.

Action de La Communauté

Question 10 :

Contribuer pour rendre faisable ce qu'on a dit dans les numéros 3, 4, 6, 7, 8 :

- promouvoir, auprès des adolescents et des jeunes adultes, des initiatives qui témoignent et exemplifient les bénéfices du bien-être individuel et social résultant du fonctionnement autonome/harmonieux des individus et des communautés ;
- développer/appuyer des programmes qui, ayant pour base la sollicité, puissent démontrer le grand pouvoir des associations de citoyens pour la solution de ce problème et aussi bien d'autres ;
- établir des programmes de participation active et salubre de groupes de parents dans l'organisation de la vie communautaire.

ROYAUME-UNI

A) Position du gouvernement britannique

- Extraits de la brochure "Tackling drug misuse : a summary of the government's strategy". Ce document officiel a été publié à Londres en mars 1986, par le Home Office ;

B) Statistiques

- Extraits du "Home Office Statistical Bulletin" du 3 septembre 1985, transmis le 7 mai 1986 par le Représentant Permanent du Royaume-Uni auprès des Communautés.

I EXTENT OF THE PROBLEM

1

Drug misuse in the United Kingdom

What is "drug misuse"?

1.1 There is an enormous range of drugs which people use and misuse for a variety of different purposes. This review summarises the efforts which are being made in the United Kingdom to tackle what is usually referred to as "drug misuse".

1.2 By "drug misuse" is meant here

- (i) the non-medical use of drugs which are intended for use only as part of a proper course of medical treatment (eg the misuse of opioids, stimulants and sedatives); and
- (ii) the illicit use of drugs which have no generally accepted medical purpose (eg the misuse of LSD and cannabis).

1.3 This review is not concerned therefore with the use or misuse of alcohol or tobacco, on which the Government has developed separate strategies. Nor, because it raises somewhat different issues, does the review deal specifically with the misuse of solvents and other volatile substances (often referred to as "glue sniffing"), although the Government has taken a series of measures to combat this problem, too.

1.4 Among the drugs misused are

opioids (eg heroin, morphine, methadone, dipipanone, pethidine)

stimulants (eg amphetamines and cocaine)

tranquillisers (eg benzodiazepines such as Valium, Librium and Ativan)

sedatives and hypnotics (eg barbiturates such as Nembutal and Tuinal)

hallucinogens (eg LSD, phencyclidine and cannabis).

1.5 Virtually all the heroin and cocaine, and most of the cannabis, which is misused in the United Kingdom is illegally imported into the country. Roughly 80% of the heroin seized here comes from the Indian Sub-Continent. The cocaine comes from South America, principally Colombia, Bolivia and Peru. The cannabis is grown in many areas including the "Golden Crescent" (Pakistan, Afghanistan and Iran), the Middle East and North Africa. In the case of the other drugs mentioned supplies are mainly obtained by diversion from the licit market in this country, but LSD and the amphetamines in particular are also manufactured illegally here and abroad.

1.6 This review concentrates on the misuse of opioids (especially heroin) and of cocaine, since it is the misuse of these drugs which is currently causing the greatest concern. But "multiple drug use" — the use of a number of different drugs — is common among drug users.

What are the causes of drug misuse?

1.7 There is no single cause of drug misuse. It is not even possible to say with any confidence what the main factors are.

1.8 Many explanations have been offered: ready availability of drugs, personality defects, poor home background, peer group pressure, poor relationships, lack of self-esteem, youthful experimentation and rebellion, boredom and unemployment. All of these factors probably play some part. But there is no convincing evidence that any one — or any combination — of these factors is of greater significance than the rest. The Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD), in its report on prevention,¹ summed up the position as follows:

"While there has been a considerable amount of research into why people misuse drugs, no single cause, or consistent pattern of multiple causes, has been identified." (Paragraph 2.2).

1.9 Similarly, there is no "typical drug misuser". Many, however, are young: the majority of notified addicts are between 20 and 35 years of age and an increasing proportion are younger still. The ACMD, in its report on treatment and rehabilitation,² said:

"The majority are relatively stable individuals who have more in common with the general population than with any essentially pathological sub-group."

adding

"There is no evidence of any uniform personality characteristic or type of person who becomes either an addict or an individual with drug problems." (Paragraph 5.3)

What are the effects of drug misuse?

1.10 The effects on an individual of misusing drugs obviously depend on a number of circumstances. These include the drug, how it is taken (eg injected, smoked, sniffed or taken by mouth), the physical and mental state of the person concerned, the expectations of the user, previous experience of drug-taking and so on.

1.11 But some of the adverse consequences associated with persistent misuse of heroin and cocaine may include:

heroin: physical and psychological dependence; damage to health resulting from unhygienic injection practices and adulterants, such as HTLV III (AIDS) virus, hepatitis, abscesses, septicaemia and gangrene; overdosing; withdrawal symptoms on ceasing or reducing use, such as shivering, aching limbs and diarrhoea; there may also be general self-neglect.

cocaine: psychological dependence; severe depression in withdrawal that in some cases has suggested an underlying physiological change; hyperactivity; weight loss; insomnia; nasal damage; paranoid feelings; occasionally precipitation of mental illness.

1.12 Persistent drug misusers may often be damaged in other ways, too. Partly because they are engaged in an illegal activity they may become increasingly cut-off from ordinary

life, moving in a small circle of drug-orientated acquaintances, finding it harder to get or hold down a job and to find a place to live, and perhaps turning to crime, such as theft and prostitution, to finance their habit.

1.13 But it is not only drug misusers who suffer. The tensions resulting from their drug misuse often lead to the break-up of relationships and estrangement from families and friends. Society as a whole pays a heavy price, too. Chronic drug misusers are probably less likely to be able to contribute to the wider community, while all of us have to bear the financial burden such as the costs of enforcement, medical care and drug-related crime.

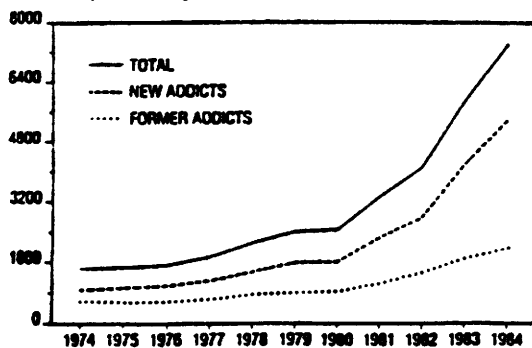
What is the extent of drug misuse?

1.14 It is very difficult to measure the extent of an illegal activity such as drug-taking. And fashions in drug misuse can change rapidly. But there is little doubt that the misuse of drugs (in particular, heroin and amphetamines) has increased substantially in the last 5 or 6 years. This followed a period of relative stability in the mid 1970s, which itself followed an upsurge in the mid and late 1960s and early 1970s, in Northern Ireland, however, the indications are that the overall problem remains relatively small in comparison with other parts of the United Kingdom.

(i) Notification of addicts

1.15 One indicator of this changing pattern is the number of addicts who are formally notified to the Home Office by doctors*. The number of addicts notified in the United Kingdom in 1984 (7,410) was 26% up on 1983¹ and three times the number in 1980. The 1985 figure is not yet available but is likely to show an increase of around 25% on the 1984 total.

Figure 1: Drug addicts notified to the Home Office (United Kingdom)



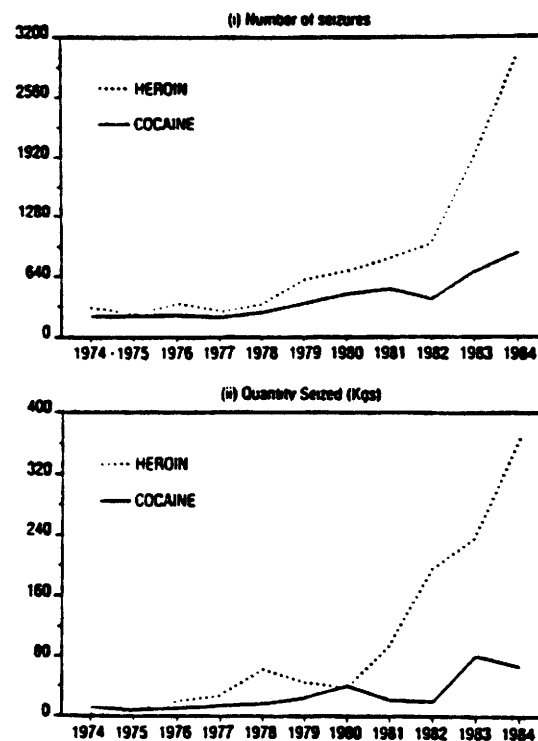
1.16 But the number of addicts who are formally notified to the Home Office is probably only a small proportion of the number of chronic misusers. Many will not have sought medical treatment and will not therefore have been notified. Some research carried out in 1981 in two urban areas in England suggested that the number of notified addicts was about one fifth of the actual number of opioid addicts in the local population at that time and that there may have been a similar number of people misusing other drugs.⁴ Researchers believe that there are considerable local variations in such "multipliers" and that they may also change rapidly over time.

(ii) Seizures of drugs

1.17 Another (admittedly imperfect) indicator of the scale of the problem is the number of seizures made by Customs and the police and the amount of drugs seized.

1.18 There were some 28,600 seizures of controlled drugs in the United Kingdom in 1984. This is 2,400 (9%) more than in 1983 and some 17,900 more than in 1975⁵. Throughout this period the majority of seizures have involved cannabis, but the number and quantity of heroin seizures have increased markedly in the last 5 years. In 1985 Customs seized a provisional total of 348 kilos of heroin compared with 312 kilos in 1984 and 40 kilos in 1979.

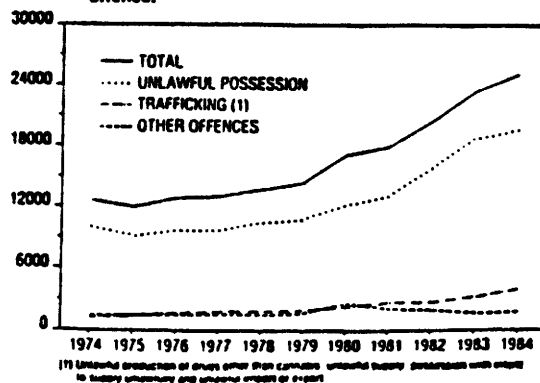
Figure 2: Seizures of cocaine and heroin in the United Kingdom



(iii) Offences

1.19 A third indicator — again imperfect — is the number of persons dealt with for drugs offences. About 25,000 persons were found guilty of, or cautioned for, offences involving controlled drugs in the United Kingdom in 1984⁶. This was about 1,700 (7%) more than in 1983 and some 13,200 more than in 1975. The great majority of offenders were dealt with for offences involving cannabis.

Figure 3: Persons found guilty of or cautioned in the United Kingdom for drugs offences by principal drugs offence.



¹ Unlawful production of drugs other than cannabis, unlawful supply, possession with intent to supply, unlawful import and unlawful export of drugs

(iv) Other evidence

1.20 This evidence of an increase in the number of drug misusers is supported by the experience of those working in the field eg the police; the staff of counselling and advice agencies, drug dependency clinics and accident and emergency departments. The fact that, in spite of record seizures, the street price of heroin is often lower in real terms than 5 or 6 years ago, and that its average street purity level has remained high (some 45% to 50%), also suggests that there is no shortage of supplies.

(v) Changes in patterns of use

1.21 There is evidence that drug misuse has become more pervasive. In the 1960s it tended to be associated with an alternative youth sub-culture, mainly centred in London, or — in the case of cocaine — with those of higher social status. But drug misuse is now encountered in all social classes and in all parts of the country.

Why has the problem got worse?

1.22 Just as there is no simple explanation of the causes of drug misuse, so there is no ready explanation of why it has increased. One possible factor, already touched upon, is changes in the social and cultural patterns which used to surround drug misuse. In the case of heroin, this may have been associated with the switch from injection to smoking ("chasing the dragon"). Some youngsters, who might balk at the idea of injecting heroin, may be willing to smoke it — believing (quite wrongly) that smoking is less likely to lead to dependence. Some may not realise that the drug they are smoking is actually heroin. There are signs that some of those who begin by smoking heroin are changing to the more dangerous practice of injection, although others may abandon heroin misuse after a short time.

1.23 There is little doubt that another important factor in the upsurge in heroin misuse was the ready availability of cheap, good quality heroin in the late 1970s. This resulted initially from supplies brought to Britain by Iranian exiles. This was then followed by increased supplies from the Pakistan/Afghanistan border areas in the wake of the upheavals in Afghanistan.

1.24 As figure 2 shows, the amount of cocaine seized by Customs and the police increased significantly until 1984. The fall of the quantity seized by Customs in 1984 is thought to reflect increased awareness and co-operation which lead to cocaine destined for the United Kingdom being intercepted *en route* in Europe. In 1985 Customs seized 79 kilos — more than double the 1984 figure. The increase in the amount seized reflects the enforcement effort against cocaine smuggling and confirms the trend that traffickers are looking to develop markets in Western Europe.

1.25 But the increase in drug misuse is not confined to the United Kingdom. It is a world-wide phenomenon, affecting not only the advanced countries of the West, but also Eastern Bloc nations and many developing countries, some of whom until recently had no "domestic" drug problem. This reflects the fact that the illicit traffic in drugs is itself on a global scale. The vast profits which can be made from drug smuggling and dealing have encouraged organised criminal elements in this country and abroad to move into this field.

*Under the Misuse of Drugs (Notification of and Supply to Addicts) Regulations 1973 as amended; see paragraph 16 of Appendix B.

¹All references in this review are listed in Appendix G.

II THE GOVERNMENT'S STRATEGY

2

The strategy

The strategy

2.1 The Government has drawn up a comprehensive strategy for tackling drug misuse. The objective is to attack the problem by simultaneous action on five main fronts

- reducing supplies from abroad
- making enforcement even more effective
- strengthening deterrence and tightening domestic controls
- developing prevention
- improving treatment and rehabilitation.

2.2 This strategy recognises that the different aspects of the problem are interrelated and that it is necessary to tackle both the supply of, and demand for, drugs. Thus, although supplies of drugs may come to this country initially to meet an existing demand, the high profits to be made encourage further supplies and the seeking of new markets. At the same time the greater availability of drugs may encourage experimentation by new misusers. As the ACMD noted in its report on prevention¹

"Experience suggests that, when the numbers of existing users are low, as is the case with illegal drugs, an increase in the availability of drugs increases the opportunity for non-users to be offered a drug for the first time" (paragraph 2.10)

This, in turn, may create further demand and lead to increased supplies. Similarly, greater availability may encourage established users to increase their level of use, possibly by quite considerable amounts — which, again, serves to fuel demand and encourage yet more supplies.

2.3 The Government's strategy aims to reduce the supply of drugs by

- supporting international efforts to curb the production and trafficking of drugs
- strengthening Customs and police enforcement
- tightening the controls on drugs produced and prescribed in this country so that there is no "leakage" to the illicit market
- deterring drug traffickers and dealers by high maximum penalties and by depriving them of the proceeds of their crimes.

2.4 Demand for drugs is being tackled by

- discouraging those who are not misusing drugs from doing so
- helping those who are already misusing to stop doing so.

The Ministerial Group on the Misuse of Drugs

2.5 To carry forward its strategy — and to ensure effective co-ordination between all the different elements involved — the Government has established an interdepartmental working group of Ministers and officials. The Ministerial Group on the Misuse of Drugs, which is chaired by Mr David Mellor, MP, Parliamentary Under-Secretary of State at the Home Office, has the following terms of reference:

"To develop the Government's strategy for combating the misuse of drugs of addiction and to oversee its implementation, having particular regard to:

1. the development of proposals for the more effective implementation of that strategy;

2. priorities for the allocation and deployment of resources in the various preventive, treatment and other services which play a part in countering drug misuse;

3. the arrangements within and outside Government for the co-ordination, development and enforcement of policy on drug misuse;

and to make such recommendations from time to time as seem to be appropriate."

The Departments represented on the Ministerial Group, or which receive papers, are the Home Office, Department of Health and Social Security (DHSS), HM Customs and Excise, Department of Education and Science (DES), the Ministry of Defence (MOD), Foreign and Commonwealth Office (FCO), Overseas Development Administration (ODA), Department of the Environment (DOE), Scottish Office, Welsh Office and the Department of Health and Social Services (Northern Ireland). (Appendix A summarises the respective responsibilities of the different Departments in relation to drug misuse.)

2.6 The Ministerial Group has met regularly since July 1984 and has examined a wide range of topics, including

- enforcement strategies of Customs and the police
- the United Kingdom's involvement in international action to combat drug misuse
- Government assistance to help eradicate unlawful drug cultivation overseas
- the form and content of education and information material aimed at young people, parents and professionals
- arrangements for local inter-agency co-ordination and co-operation
- development of co-ordinated action plans by health authorities
- the provision of additional resources to encourage expansion of treatment facilities
- the monitoring and evaluation of the Government's strategy.

2.7 The Ministerial Group has been concerned from the outset that it should provide an immediate and continuing input into the formulation of Government policy, as well as overseeing its development and implementation. Its work has been reflected in, for example, the various increases in Customs staff for combating drug smuggling (see paragraph 4.13 below) and in the education and information campaigns launched last year and extended into 1986/7. These and other initiatives under the Government's strategy are described in greater detail in the chapters which follow.

The Advisory Council on the Misuse of Drugs

2.8 The Advisory Council on the Misuse of Drugs provides valuable assistance to the Government in the formulation of its policies. The Advisory Council, which is established under the Misuse of Drugs Act 1971 (see paragraph 3 of Appendix B), is a distinguished body of independent experts drawn from many fields. It offers advice to the Government and has undertaken a number of longer-term studies such as those on treatment and rehabilitation and on prevention, which are mentioned frequently in this review.

6

Prevention

Background

6.1 Chapter 2 noted that an integral part of the Government's strategy to tackle drug misuse is action to develop prevention (paragraph 2.1).

6.2 In its widest sense the term 'prevention' can be regarded as encompassing all the elements of the Government's strategy. For they are all aimed, directly or indirectly, at preventing the misuse of drugs. For example, as paragraph 2.2 noted, efforts to reduce the supply of drugs — described in chapters 3, 4 and 5 — are intended to restrict their availability and therefore the opportunities for experimentation and continuing misuse. Indeed the ACMD commented, in its report on prevention' (whose recommendations are summarised in Appendix C), that it regarded "the control of the supply of drugs" as "the basis of preventive measures" (paragraph 5.7 of the report).

6.3 It was partly in recognition of the way in which the different aspects of prevention policy interlocked that the Government accepted in 1984 the ACMD's recommendation that the Home Secretary should assume a specific responsibility for the co-ordination of prevention policy. This responsibility has been reflected by the setting-up under Home Office chairmanship of the Ministerial Group on the Misuse of Drugs (paragraphs 2.5 and 2.6 above).

6.4 This chapter, however, is mainly concerned with preventive measures which the Government has taken in the health and education fields. The initiatives are specifically designed to fulfil the objective, mentioned in paragraph 2.4, of discouraging those who are not misusing drugs from doing so.

Action taken

6.5 The ACMD, in its report on prevention', concluded that there was a need for more effective, broadly-based programmes with the positive aim of promoting healthier lifestyles and which would include information about drugs and their effects. It pointed to the need to provide help and guidance not only to the young but also to parents, teachers, youth and community workers and other professionals.

6.6 In announcing publication of the report, the Home Secretary said that the Government was taking immediate steps to implement the ACMD's major recommendations.

6.7 The UK health departments have accordingly given high priority to the development of prevention policies in the health and personal social services fields, as have the UK education departments in respect of health education in schools. The measures taken in England and Scotland are described in paragraphs 6.9 to 6.22, while paragraphs 6.23 to 6.28 deal with action taken in Wales.

6.8 So far as Northern Ireland is concerned, while, as paragraph 1.14 noted, there does not appear to be a major drugs problem, the Department of Health and Social Services there nevertheless established in October 1984 a Northern Ireland Committee on Drug Misuse to monitor the extent of

the problem and to ensure as far as possible that any problems which do arise are contained. In addition to its monitoring role the functions of the Committee include assessing the effectiveness of existing services, improving liaison and co-operation between the various agencies and professions involved with the problem, suggesting preventive measures and encouraging their promotion in the field of health education. The Committee keeps abreast of the work of the Ministerial Group on the Misuse of Drugs.

(i) Prevention through health education

6.9 Last year the Government launched a major health education and information campaign to discourage drug misuse. The campaign was drawn up in the light of market research commissioned by the DHSS and the DES in order to establish suitable messages, approaches and target groups. In Scotland a sample survey was conducted in order to provide information about levels of awareness and knowledge of drugs, and pre-testing of television and cinema commercials was undertaken.

6.10 In England and Wales the main elements of the campaign — costing some £2 million in 1985/86 — have been

- a set of three leaflets, including two specifically for parents. These leaflets, which have been produced with the assistance of the Institute for the Study of Drug Dependence (ISDD), provide the sort of basic information many parents have asked for, and help to allay anxiety
- two television 'filler films' to advertise the availability of the parents' leaflets and to help to discourage misuse
- a programme of national publicity aimed at parents and professionals drawing their attention to the campaign and to the availability of the leaflets
- a programme of national publicity aimed primarily at young people "at risk" featuring television commercials, advertising in the youth press and posters. This was launched in May 1985
- the production of two video packages. The first, 'Working with Drug Users', is designed for use on training courses for professionals. The second, a two part package for 12-15 year olds in schools, is called 'Double Take' and seeks to make young people aware of the choices involved when they are offered drugs and to encourage them to make healthy and positive choices about their lifestyle. Both packages contain videos and written supporting materials.

The campaign has been independently evaluated by the market research companies Research Bureau Ltd and Andrew Irving Associates. Their reports, published in February 1986, indicated that the campaign had had an impact on increasing levels of awareness amongst young people about the dangers of heroin and in reducing the glamour associated with the drug. A further £2 million has been made available for the development of the campaign in 1986/87.

6.11 In Scotland the campaign has been developed by the Scottish Health Education Group (SHEG) on behalf of the Scottish Home and Health Department and in consultation with the Scottish Education Department. The campaign was launched in 1985 and developed in 1986 with the launch of a second stage. Approximately £700,000 has been committed to the research, development and evaluation of the campaign. The main elements are

- a booklet, "Drugs and Young People in Scotland", for professionals and voluntary workers concerned with drug misuse
- three television commercials intended to discourage young people from misusing drugs by promoting a "healthy lifestyles" approach
- four posters derived from one of the TV commercials
- a pamphlet listing the names and addresses of agencies providing services for drug misusers
- a booklet aimed at both parents and young people. This was distributed widely in 1985 as a magazine insert and by other means, and is being revised and re-issued in 1986
- the "Double Take" video package for young people (paragraph 6.10) is also available in Scotland.

The first stage of the campaign was evaluated by the Advertising Research Unit of Strathclyde University whose report was published in February 1986. The report indicated that the mass media components of the campaign received a very favourable response from the target audience in terms of both style and content. The TV commercials achieved a particularly high level of awareness and the campaign itself was widely welcomed. Attitudes to drugs were found to be highly negative in nearly all cases and people's knowledge about drugs appears to have increased compared to the findings of the research conducted in 1984. The research also showed a markedly increased tendency to see the drugs problem in terms of the health risks related to drug use.¹⁰

6.12 As indicated above, the campaigns in both England and Wales and Scotland are being continued and developed in 1986/87.

6.13 Since the problem is less serious in Northern Ireland it has been decided that a low-key approach is more appropriate and the campaign does not extend to the Province. However, the Northern Ireland Committee on Drug Misuse has decided to produce an advice leaflet for parents based on one of those already available in England and Wales.

(ii) Action in the education service

6.14 Turning to the part played by the education service, the Department of Education and Science has allocated to each of the 96 English local education authorities a share of the £2m available in 1986/87, within the Education Support Grant programme, for tackling drug misuse. The money — 70% of it from Government grant — is sufficient to enable each local education authority to appoint or second a full-time member of staff from 1 April 1986 to stimulate and co-ordinate action within the education service and collaboration with other agencies, or to take other action appropriate in the light of local circumstances aimed at combating drug misuse. The purchase of materials, arrangements for training and other associated expenditure have been allowed for. The activities likely to be funded will include advice and support for schools, colleges, youth service workers and other staff; and the arrangement of suitable training for the authorities' staff. This initiative was welcomed by local education authorities generally. Each one of them applied for a share of the money, in a few cases acting jointly with other authorities.

6.15 Other initiatives taken by the Department include the following

- the DES and the Welsh Office issued the booklet "Drug Misuse and the Young" giving basic information and advice to teachers and other education service professionals. This has been very widely distributed to local authorities, schools and other institutions and about 200,000 copies have been issued
- the Department is funding the production and testing by the Health Education Council and other specialised bodies of a comprehensive range of materials for teaching purposes, curriculum development and teacher training. This material should be available by the end of the year
- the National Foundation for Educational Research has completed its survey, funded by the Department, documenting the policies and practices of local authorities with respect to drug misuse. The report, which throws light upon the provision made and gaps in it, has been made widely available to local authorities and others
- HM Inspectorate have continued to monitor action being taken in schools and colleges.

The Welsh Office Education Department is closely associated with all these measures, which are being applied in a similar way in Wales.

6.16 In Scotland the Scottish Education Department (SED) has reviewed existing strategies for combating drug misuse and the SHEG booklet "Drugs and Young People in Scotland", which contains advice for teachers and other professionals, has been distributed widely throughout the education service in Scotland. SED have also issued a circular to education authorities (SED Circular No 1135 of 20 November 1985) drawing their attention to the Government's concern about drug misuse and outlining various measures being taken in the education field. These include

- provision for specific grant towards the cost of mounting specialised in-service training courses on drugs issues for guidance teachers and other senior school staff on the basis of guidelines drawn up by a national planning group. £100,000 has been allocated for this scheme in 1985/86 and it will be continued into subsequent years
- provision of funds totalling £57,000 for the preparation of a package of new teaching materials on drug misuse to be used in schools. This is being prepared jointly by the Consultative Committee on the Curriculum and Strathclyde Regional Council.

The Circular also emphasised the need for the education service to play its part in inter-agency co-operation for tackling drug misuse and for schools to identify a senior member of staff to be a recognised point of referral on drug misuse issues. In order to allow the Government to draw up a fuller picture of the effect of drug misuse in schools in Scotland, HM Inspectors of Schools propose to enquire about drug misuse in the course of their visits to schools in Scotland with the aim of ascertaining the extent to which schools have policies and machinery for monitoring drug misuse and responding to specific problems. It is intended that the community education service should be involved in these initiatives and in particular that grant provision for in-service training courses will be extended to the community education service in 1986/87. The Scottish Education Department has set up a working group to develop a framework for these courses.

(iii) Prevention through training

6.17 The Government considers that increased awareness among the various professional groups who come into contact with drug misusers is a key part of prevention and early intervention. Among the measures which it has taken to encourage this greater awareness are

- the production, jointly by DHSS, the Scottish and Welsh Offices and the National Health Service Training Authority, of a video training package, "Working with Drug Users" for those in the 'caring professions' eg nurses, general practitioners, social workers, teachers and probation officers. The package is intended for use on training courses and consists of a video and supporting trainers' notes and course handouts. It aims to demystify drugs and to equip and encourage professionals, especially non-specialists, in their work with drug users. It was launched in December 1985 and is available for purchase or free loan (see also paragraph 6.10)
- seeking information from the various training bodies about action taken in the light of the ACMD's recommendations (see also paragraph 7.31)
- publishing and distributing guidelines for doctors on good clinical practice in the treatment of drug misuse¹² (see paragraphs 7.27 and 7.28)
- providing pump-priming funds for English National Board nursing courses, National Association for the Care and Resettlement of Offenders (NACRO) training courses in the North-East and South-West, and Lifeline (formerly NACRO) courses in Manchester
- the funding of a drugs training project based at Stirling University and increased emphasis by the Scottish Health Education Group on the development and support of in-service training on drug misuse
- holding in early 1986 a series of seminars, run by DHSS in conjunction with TACADE and ISDD, for health education officers and local education advisers on how the "Double Take" video package for young people could best be used in schools

The ACMD has recently set up a working group to undertake a review of the training of professionals who work with drug misusers.

(iv) Co-ordination and community action

6.18 Just as there is a need for co-ordination and co-operation at national level, so too must the many different agencies — statutory and voluntary — work closely together at local level. Without effective local co-ordination it is impossible for national preventive policies to make any real impact.

6.19 The ACMD, in its report on prevention¹, concluded that there was a need for co-ordinating machinery in every health district. It recommended that the district drug advisory committees, proposed in its report on treatment and rehabilitation², should have an extended remit and membership in order to be able to fulfil that role. Among the tasks which the ACMD envisaged that these committees would attempt were encouraging the provision of local advice and counselling facilities and promoting liaison between local authorities and health authorities in the field of health education.

6.20 In a circular which the DHSS issued in June 1984 (see paragraph 7.21) health authorities were asked to draw up local strategies for tackling the problem in their areas, and their attention was specifically drawn to the recommendations made by the ACMD in its two reports.

6.21 Nearly all health authorities in England have now established drug liaison committees at district level. In many cases the arrangements take account of the need, which the ACMD stressed, for an education — and, in particular, a health education — input. The police, probation and social services also play a part. In Scotland, the Scottish Education Department has acted to encourage the education service to play its part in local inter-agency liaison arrangements (paragraph 6.16) and the Scottish Home and Health Department plans to issue a circular to Health Boards and

local authorities setting out guidelines for improving local inter-agency co-operation and co-ordination.

6.22 The Government has been encouraged not only by the high degree of inter-agency co-operation at local level but also by the development of a community response to drug misuse. This has been exemplified by the spread of self-help groups for drug misusers and their families and by the prevention initiatives taken by the media, private industry and groups such as the YMCA and the Lions. The Government greatly values the efforts and commitment of all those concerned.

(v) Prevention in Wales

6.23 Prevention initiatives in the health and education fields are co-ordinated in Wales by the Welsh Office. National elements of the Government's strategy in these fields, like the major health education and information campaign and the booklet for teachers, have also been undertaken in Wales, with much of the health education material also being produced in Welsh.

6.24 Key elements in the efforts to tackle drug misuse in Wales are the identification of the extent of the problem, securing effective co-ordination of activity at the local level and the provision of local prevention resources. In April 1984 the Welsh Office required district health authorities, in consultation with other statutory and voluntary bodies, to prepare assessments of the nature and extent of drug misuse and of the measures proposed to tackle it. In April 1985, in the light of the replies, which suggested the presence of a problem to various degrees throughout Wales, the Department required health authorities, again working with all other local interests, to establish effective co-ordinating machinery, to prepare strategic and operational plans and to assess training and education needs. As a consequence, each county now has a functioning and broadly based drug advisory committee with responsibility for monitoring drug misuse, for co-ordinating the local response and for preparing proposals for the development of services. The strategies prepared for each county will be subject to approval by the Secretary of State in 1986 and will thereafter form the basis for joint local activity.

6.25 The Welsh Office has also supported local efforts by the provision of central funds for the provision of services. (Chapter 7 deals with service provision in England and Scotland). In 1985/86 £220,000 was committed to support the projects listed at Appendix E. These are mainly health education and counselling services. The Department's support is on a recurrent basis for the life of the project, subject to satisfactory evaluation after 3 years. In October 1985 health authorities were invited to bid for a further tranche of central funds on a recurrent basis for projects commencing in 1986/87. Some £300,000 will be available.

6.26 In addition to encouraging the drug advisory committees to support voluntary and community initiatives the Welsh Office has also made available £50,000 on a recurrent basis for voluntary sector projects starting in 1986/87. As with the funding of health authority projects an announcement of approved voluntary sector schemes had not been made when this publication went to press.

6.27 The Welsh Office has also made available almost £150,000 in 1986/87 as part of the Education Support Grant Scheme to enable local education authorities to appoint advisory and similar staff to promote and co-ordinate activity within the education service aimed at tackling drug misuse. Bids under this scheme from all 8 local education authorities in Wales have been approved.

6.28 Finally, the Department is to set up a Welsh Co-ordinating Committee on Drug Misuse on which all the drug advisory committees and the relevant statutory and voluntary bodies will be represented. Its tasks will be to keep the extent

and nature of drug misuse under review; to disseminate good practice; and to advise on all-Wales responses to the problems. It will have a particularly important role in advising on the provision of specialist treatment, rehabilitation and training resources.

Research

6.29 As part of their research programmes, the Health Departments regularly fund projects by independent researchers covering a wide range of topics in the treatment, rehabilitation and prevention fields. Three current projects particularly relevant to the prevention of drug misuse are

- "Factors associated with abstinence from drugs or a lapse after detoxification" by Dr M Gossop of Bethlem Royal Hospital. This study follows 80 opiate addicts who have been discharged after detoxification. It seeks to discover, by regular interviews with them, what factors appear to be associated with continued abstinence from drugs or with relapse
- "Investigation of the young adult and adolescent drug taker" by Richard Hartnoll of the National Temperance Hospital. This is an exploratory study of 16-22 year-olds who take drugs but who have not yet come to official notice. It seeks to identify patterns of behaviour and some of the factors which appear to be at work
- "Development and evaluation of a relapse prevention programme for heroin addicts" by Dr B B Johnston, Royal Dundee Liff Hospital and Dr N Heather, Department of Psychiatry, University of Dundee. Set in a new drug problems centre, the project seeks to determine whether a relapse programme developed specifically for heroin addiction can add to the effectiveness of a conventional drug-free treatment regime.

Treatment and rehabilitation

7.1 The final element of the Government's five-point strategy is to improve and expand treatment and rehabilitation services for drug misusers. They have the same entitlement to appropriate provision for their needs as other people with health and social problems.

7.2 Helping drug misusers to give up taking drugs is beneficial for society as well as for the individual concerned. It is a direct means of attacking the demand for drugs. It has important implications for prevention, too: the most common "introduction" to drug-taking is an offer from a friend or acquaintance who is already misusing drugs.

Treatment and rehabilitation services

7.3 The treatment and rehabilitation needs of drug misusers vary greatly. They range from treatment for acute medical crises, such as an overdose, to help in withdrawing from drugs and long-term counselling and support during rehabilitation. In the case of the more serious physical complications arising from drug misuse, such as septicaemia, treatment is provided by the usual range of medical services including — in crises — hospital accident and emergency services. Services specifically geared to drug misuse have developed in a piecemeal way over a number of years, involving a variety of statutory and non-statutory agencies. The pattern may differ considerably from area to area.

7.4 Depending on needs and the availability of facilities the individual drug misuser may receive treatment for his or her drug misuse from a general practitioner, from hospital-based services or from a doctor in private practice. Many drug misusers do not require medical care or advice to help them to give up taking drugs. Advice, counselling and support can often be provided by social workers and other professional staff with counselling skills from statutory and voluntary agencies.

7.5 As the incidence of drug-taking has increased, so general practitioners have found themselves called upon more frequently to treat drug misusers. In the majority of cases such treatment consists of assessment, counselling and general medical care. (See paragraphs 7.27 and 7.28 concerning guidance which has been issued to doctors.)

7.6 Local health authorities are responsible for the provision of hospital-based services for the treatment of drug misusers under the NHS. They have to determine the level and type of services to be provided in their areas in the light of their assessment of local needs and of national guidance.

7.7 Where such facilities exist the drug misuser who is seeking treatment would normally attend a special drug treatment clinic. But the number of specialist clinics is relatively small and they are not evenly distributed throughout the country: the majority are in London. More usually, hospital-based services for drug misusers are provided by general psychiatrists or other specialists. Some consultants will have a contractual obligation for this patient group or will have assumed this role through personal interest. The majority will work with drug misusers within their general

psychiatric responsibility. The Government's Central Funding Initiative (see paragraph 7.24 below) has assisted an increase in community-based clinics (such as advice and counselling centres and community drug problem teams) and the expansion of existing hospital-based clinics (by additional medical and nursing staff, premises and laboratory facilities).

7.8 The treatment offered by hospital-based services varies considerably, depending on the support facilities and staff available. For the physically-dependent misuser, the aim would be to offer detoxification (or weaning from the drug) either as an in-patient or, more commonly, on an out-patient basis. At the same time other related social or interpersonal problems would be identified. Appropriate counselling or social work would be offered either by the hospital-based team or through community-based statutory or voluntary agencies. Following withdrawal from the drug, continued — and often long-term — support is needed to help the drug misuser to remain drug-free.

7.9 The Advisory Council noted that, by 1970, a number of international follow-up studies of people who were physically dependent on opioids suggested that after a year at least 10% were no longer using the drugs, after five years 25%, and after ten years 40%. During each year of follow-up 2%-3% of the users died, most often of a drug-related cause. These figures applied to users who had received little in the way of medical treatment or rehabilitation. They may be regarded as a standard against which to compare the effectiveness of any form of treatment. Two British studies found that, of those opioid users who came forward to the drug treatment centres in 1969, about 40% were still using drugs at the end of both five and ten years of follow-up, about 40% were almost certainly not using drugs after ten years, while 8% were dead after five years and 15% after ten years. About three-quarters of those who had stopped using drugs had done so within three to five years of attending a drug treatment centre, ie at an earlier stage than in the international studies. It might be cautiously concluded that the British results are rather better than might have been expected but no one can be certain that they are due to the existing treatment system.¹¹

7.10 Long-term support and rehabilitation, which is an essential part of treatment, may be undertaken by local authority social services departments, health authorities or voluntary or private bodies. In practice existing services, residential and non-residential, are provided largely by voluntary organisations, but the expanding community-based statutory services are also playing a part.

7.11 There are 28 residential establishments in England run by voluntary organisations. With the exception of City Roads (Crisis Intervention) in London, which offers a short-term, preliminary programme, and ROMA, a London hostel, residents in these establishments have to be drug free on entry. These rehabilitation houses fall into three broad categories: concept-based therapeutic communities, community-based hostels and Christian-based hostels. While the approach differs considerably from establishment to

establishment. all try to encourage a more positive outlook so that residents can cope without resorting to drugs. New ventures are being developed, providing for short term residence and the admission of children with drug dependent parents. In addition there are about 10 private residential establishments providing treatment for drug misusers.

7.12 Voluntary projects also provide advice and counselling, both to current drug misusers and to those who have stopped using drugs. There has been a rapid increase recently in the number of voluntary organisations, parents' and self-help groups in different parts of the country.

7.13 Voluntary organisations generally rely for their funding on grants from central government, local authorities and health authorities, although in the case of residential projects residents' rents (usually met by social security payments) form an important part of their income. The Department of Health and Social Security makes continuing grants (totalling some £370,000 in 1985/86) to national voluntary bodies concerned with drug misuse, in addition to pump-priming grants to local projects (see paragraphs 7.24 and 7.25 below). The Home Office makes grants to a number of residential projects under a scheme for the rehabilitation of offenders. Projects supported by the Urban Programme and the Manpower Services Commission may also benefit drug misusers: Urban Programme Support for drug-related projects is now nearly £1 million a year.

Treatment in prison

7.14 The increase in the extent of drug misuse in the general population noted at paragraph 1.14 is reflected in the growing number of addicts and people with lesser degrees of dependence who are received into prison custody. Almost 3,000 of the 1984 receptions in establishments in England and Wales were reported by medical officers as being in this category compared with 1,827 in 1983, an increase of 64%.

7.15 Every prison has a medical officer and the doctor/patient relationship within the prison is professionally analogous to that outside the prison. When a prisoner identified as having a history of drug misuse is received into prison custody he is offered the treatment the medical officer considers appropriate. The experience of most medical officers is that addicts recognise that the facts of custody make total withdrawal a viable approach, with the temporary use of medications to control withdrawal symptoms where necessary. The prisoner's psychiatric needs would also be considered and assessed: where indicated the opinion of a visiting consultant would be sought.

7.16 The Prison Service does not have units specifically for the purpose of supervising withdrawal from drugs, since where appropriate the doctor may arrange for the inmate to be placed temporarily in the prison hospital. Limited facilities do exist, however, to help prisoners with behavioural problems including drug dependency.

7.17 While the prison system provides a unique opportunity for withdrawing prisoners from drugs entirely, expectations of the contribution it can make after withdrawal are sometimes unrealistic. Then the requirement is more for motivational work during sentence and counselling and follow-up when the prisoner is discharged. In this the Probation Service, with 500 officers seconded to work from within prison-establishments, has a significant role. (In Scotland this role falls to social workers employed by local authorities). Preparation for the release of prisoners may be able to encompass specific arrangements involving outside agencies concerned with drug misuse.

7.18 Prior to discharge, arrangements exist to inform prisoners of appropriate contacts for advice or treatment. The Home Office Prison Department is planning to produce a simple card containing suitable advice, including the telephone number of a local treatment or rehabilitation facility which the prison doctor could give to ex-addicts prior to discharge.

The ACMD's report on treatment and rehabilitation

7.19 Against a background of growing numbers of drug misusers and limited resources the ACMD, in its report on treatment and rehabilitation,² considered how best the needs of drug misusers could be met by the services available. The report contained a wide range of recommendations for the development of services, the role of individual agencies, prescribing safeguards, training, research and funding. (A summary of the recommendations is at Appendix D to this review.)

7.20 The Government circulated the report to health and local authorities and to interested voluntary and professional bodies for their comments. They accepted the Council's view that prime responsibility for the provision and development of services should remain at local level. Action taken by the Government in England and Scotland in response to the report's recommendations is outlined in the following paragraphs. (Paragraphs 6.23 to 6.28 above set out action taken in Wales.)

Circulars to health authorities

7.21 In June 1984 the DHSS issued a circular HC(84)14/LAC(84)12 to health authorities in England requiring them to take early action to improve services for drug misusers. In particular it asked them to review the prevalence of drug misuse in their localities in consultation with other interested bodies and to report back by the end of 1984 on the scale of the problem and their plans in tackling it. A summary of those surveys and plans from health authorities 'Drug Misuse Prevalence and Service Provision', was published by the DHSS in June 1985. The circular said that Ministers regarded the improvement of services for drug misusers as of the highest priority. The DHSS is urgently pursuing with health authorities important issues arising from their reports. Health authorities have been asked to prepare fully-developed proposals for improvements to services and a long-term strategy. In Scotland the broad priorities already established for strategic planning by Health Boards, set out in the Scottish Health Authorities' Priorities for the Eighties (SHAPE) Report, give prominence to the services required generally by drug misusers. The Scottish Home and Health Department asked Health Boards in 1985 to provide detailed information about current arrangements at local level for liaison between agencies concerned with drug misuse and, as noted in paragraph 6.21, the Department plans to issue a circular to Health Boards and local authorities setting out guidelines for improving local inter-agency co-operation and co-ordination.

7.22 The DHSS has issued a circular HC(86)3/LAC(86)5 to health authorities in England advising them that an additional £5 million a year would be available from 1986/87 for the expansion of services for drug misusers. Each Region will receive a share in proportion to its population in the 15 to 34 years age group, and they will be expected to make some of the monies available to local authority and voluntary sector projects under joint finance arrangements. The DHSS will monitor the expenditure of these additional monies through existing planning and monitoring procedures. The circular also announced the establishment of a new Drug Advisory Service, under the auspices of the Health Advisory Service, to advise district health authorities on the need for services and the most effective way of establishing them, and to monitor the provision of services. The circular enclosed guidance to health authorities on developing a pattern of services and a guide on assessing local drug problems.

7.23 Family practitioner committees have been asked to consider how they can contribute to the prevention and resolution of problems of drug misuse, both in their own right and working in collaboration with other health agencies and to report on this in their 1986/87 Annual Programmes.

Central Funding Initiative

7.24 The Secretary of State for Social Services has made over £17 million available for pump-priming local projects providing services for drug misusers. By 10 February 1986 a total of £13.4 million had been allocated to 162 projects in England under the Central Funding Initiative. Projects funded range from clinics, drug screening equipment and nurse training courses to counselling services, telephone help-lines, rehabilitation hostels and therapy services for drug misusers and their families. A complete list of the centrally funded projects is at Appendix E.

7.25 In Scotland the Scottish Office provides support for a range of local initiatives by statutory and voluntary bodies. Around £1m has already been spent and some 25 projects have been offered grants. Planned expenditure by the Scottish Home and Health Department in 1986/87 in support of this programme amounts to a further £700,000. SHHD's intention is to maintain expenditure at about this level annually to support services specifically for drug misusers to be administered locally.

7.26 In Wales the development of treatment and rehabilitation services will proceed from the approval of country strategic plans (see paragraph 6.24). Such service development will continue to be eligible for support from the central funding arrangement already referred to (see paragraph 6.25), subject in the case of national facilities to consideration by the Welsh Co-ordinating Committee on Drug Misuse.

Medical Working Group on Drug Dependence

7.27 Following a recommendation in the ACMD's report on treatment and rehabilitation, the Secretary of State for Social Services set up an expert Medical Working Group on Drug Dependence to prepare guidelines of good clinical practice in the treatment of drug misuse and to consider the feasibility of extending licensing restrictions on the prescribing of certain controlled drugs to all opioids. The Medical Working Group's guidelines of good clinical practice were published in October 1984, and copies have been sent to general practitioners and hospital doctors in Great Britain and to the Prison Medical Service. DHSS has also arranged with the medical schools for final year medical students to receive copies, and similar arrangements have been made by SHHD in Scotland.

7.28 The guidelines advise that it is the responsibility of all doctors to provide care for both the general health needs of drug misusers and their drug-related problems. The Group were particularly keen to encourage as many general practitioners as possible to treat drug misusers and to encourage general psychiatrists and drug dependence consultants to give advice when requested. They considered that the aim of treatment should be to help the drug misuser to deal with problems related to his or her drug misuse and eventually to achieve a drug-free life.

7.29 Because of the difference in the scale of the problem in Northern Ireland the Department of Health and Social Services established its own working group to prepare separate guidelines. These were issued to doctors throughout the Province in October 1985.

7.30 The Government gave careful consideration to the Medical Working Group's report on the feasibility of extending licensing restrictions to all opioids. The majority of the Group recommended an extension of licensing restrictions but a minority opposed such extension on the grounds that it would discourage some GPs from treating drug misusers. The Government investigated the prescribing of those opioids which caused particular concern and found a downward trend in both the quantity and number of prescriptions since 1978. It therefore decided not to implement the majority recommendations, but to keep the situation under review.

Training of staff

7.31 The ACMD's report on treatment and rehabilitation² made a number of recommendations on the education and training of professional staff about drug misuse, and these were endorsed in its report on prevention.¹ In June 1984 the DHSS wrote to the training bodies concerned and asked them to inform the Department by the end of the year of any action they had taken or were considering taking in the light of the Advisory Council's recommendations. The Scottish Home and Health Department wrote to training bodies in Scotland to draw their attention to the recommendations. The replies indicate agreement with the Advisory Council's recommendations. The Government has also commissioned a training package to heighten the awareness of professionals in their handling of drug misuse (see paragraph 6.17 above). In Scotland the Scottish Health Education Group has produced a booklet for non-specialist professionals (see paragraph 6.11 above) and is giving increasing emphasis to drug education in its development and support of in-service training programmes. The Advisory Council on the Misuse of Drugs has decided to set up a working group to investigate training further.

Research

7.32 Among the research projects funded by DHSS have been evaluations of the services provided by City Roads (Crisis Intervention) and ROMA and those provided by a system of satellite clinics. The DHSS has also funded a descriptive study of three London "street agencies". As a result of a research study by 'The Drug Indicators Project', commissioned by the DHSS, a short guide on assessing local drug problems has been issued to health authorities (see paragraph 7.22). The DHSS is currently funding an assessment of the impact of services in one Region — North Western — on the profile of clients and the involvement of generic workers. A project to evaluate help-seeking and service utilisation is also currently under way. A project is starting this year to evaluate the outcome of schemes funded under the Central Funding Initiative. In Scotland the centrally funded projects are being monitored and evaluated by the Scottish Office. The Scottish Home and Health Department is funding an evaluation of the treatment, services and support available to drug misusers in an Edinburgh general practice population. SHHD funded SCODA to undertake a fieldwork survey of the levels and patterns of drug misuse in the Greater Glasgow Health Board area, the report of which was published in 1985; and is funding a similar survey by SCODA in Edinburgh the report of which is expected in the Spring of 1986. Research is also undertaken by a number of other bodies including the Addiction Research Unit of the Institute of Psychiatry, which the DHSS supports financially.

Summary

7.33 The key elements of the Government's strategy for promoting the treatment and rehabilitation of drug misusers are therefore

- requiring health authorities to take urgent action, in close collaboration with other local service providers, to improve their services for drug misusers in the light of their assessment of needs in their localities
- encouraging good clinical practice in the treatment of drug misusers by general practitioners in accordance with the guidelines prepared by the Medical Working Group on Drug Dependence
- providing funds for local statutory and voluntary initiatives
- promoting relevant training for both non-specialist and specialist professionals
- funding research relevant to service development.

III SUMMARY

8

Summary of action taken or in hand

8.1 This chapter briefly summarises the preceding chapters, drawing attention in particular to recent measures which have been taken to step up the fight against drug trafficking and misuse.

8.2 *Chapter 1* outlines the main features of drug misuse in the United Kingdom, describing the drugs misused (paragraph 1.4) and their origin (paragraph 1.5). The effects of drug misuse on the individual and on society are described (paragraphs 1.10-1.13). Paragraphs 1.14-1.21 summarise official, and anecdotal, evidence about the extent of drug misuse and recent changes in its pattern. Some possible explanations for the increase in the incidence of drug misuse are discussed (paragraphs 1.22-1.25).

8.3 *Chapter 2* describes the Government's strategy for tackling the problem (paragraph 2.1). The importance of attacking both the supply of, and demand for, drugs is stressed (paragraphs 2.2-2.4). The role of the interdepartmental Ministerial Group on the Misuse of Drugs is described (paragraphs 2.5-2.7), together with that of the Advisory Council on the Misuse of Drugs (paragraph 2.8).

8.4 *Chapter 3* summarises action taken at international level to reduce the supply of drugs from abroad, including

- * intended ratification of the United Nations Convention on Psychotropic Substances 1971 and support for an International Conference on Narcotics and a new UN Convention on trafficking and related matters (paragraphs 3.4 and 3.11)
- * the allocation of £1.5 million to help combat drug production (notably cocaine) and trafficking in South America, the Caribbean and elsewhere (paragraph 3.10)
- * the special contribution of £3.4 million to an UNFDAC scheme to help eradicate opium poppy production in the Dir District of Pakistan (paragraph 3.18)
- * bilateral assistance to a number of countries in support of their efforts to combat drug production and trafficking (paragraph 3.19)
- * the extension of the network of drug liaison officers overseas to improve intelligence about drug smuggling and provide assistance to the host country (paragraph 3.27)

8.5 *Chapter 4* describes measures to strengthen further enforcement by HM Customs and Excise and the police, including

Customs

- * the six point Customs enforcement strategy which the Board of Customs and Excise are pursuing (paragraph 4.13)
- * the recruitment of an additional 50 specialist drugs investigators in 1985 and the posting overseas of a further 7 liaison officers (paragraph 4.13)

- * the provision of 160 additional posts during 1984/85 and the allocation of 350 further posts during 1986 to Customs work (mainly the prevention of drug smuggling) (paragraph 4.13)
- * substantially increased spending on drug detection equipment and related aids (paragraph 4.13)

Police

- * the replacement of the Central Drugs Intelligence Unit by an enhanced National Drugs Intelligence Unit, the appointment of a National Drugs Intelligence Co-ordinator, and the addition of dedicated drugs wings to the Regional Crime Squad envisaging a 20% increase in their manpower (paragraph 4.16)
- * the establishment, by 1 January 1985, of a specialist drugs squad in all police forces in England and Wales (paragraph 4.18)
- * provision for the strength of the Metropolitan Police Central Drug Squad to be almost trebled (paragraph 4.18)
- * the substantial increases in the number of Scottish police officers employed full-time on drugs work (more than doubled since 1979) and in the size of the Scottish Crime Squad (paragraph 4.18)
- * a 40% increase in the RUC Drug Squad (paragraph 4.18)

8.6 *Chapter 5* summarises measures to strengthen both domestic controls over the supply of drugs and deterrence, including

- * more vigorous action in cases of suspected irresponsible prescribing by doctors (paragraph 5.4)
- * the introduction of a requirement for a special licence to prescribe dipipanone (paragraph 5.5)
- * the bringing of barbiturates, diethylpropion, benzodiazepine tranquillisers and other drugs under the control of the Misuse of Drugs Act 1971 (paragraph 5.5)
- * the restriction of parole for drug traffickers sentenced to more than 5 years' imprisonment (paragraph 5.8)
- * raising the maximum penalty for trafficking in Class A drugs to life imprisonment (paragraph 5.9)
- * the introduction of legislation to deprive drug traffickers of the proceeds of their crimes (paragraph 5.10)
- * the introduction in Scotland of a statutory requirement upon the courts normally to impose a fine on a person convicted on indictment who receives a prison sentence for trafficking in controlled drugs (paragraph 5.16).

8.7 Chapter 6 summarises preventive measures in the health and education fields, including

- the launch of major education and information campaigns in England and Wales and in Scotland and the decision to continue them in 1986/87 (paragraphs 6.9 to 6.12)
- the launch of video packages for professionals and young people (paragraph 6.10)
- the funding of all local education authorities in England and Wales to promote prevention initiatives within the education service (paragraph 6.14)
- the issue of a booklet giving advice to teachers and others (paragraph 6.15)
- funding the production of a comprehensive range of teaching materials (paragraph 6.15)
- the funding of in-service training, the preparation of teaching materials, and related initiatives to promote prevention within the Scottish education service (paragraph 6.16)
- a range of prevention initiatives in Wales (paragraph 6.23 to 6.28)
- the role of the Northern Ireland Committee on Drug Misuse (paragraph 6.8).

8.8 Chapter 7 describes efforts to improve and expand treatment and rehabilitation services for drug misusers, including

- the issue by DHSS of circulars to health authorities in England requiring them to take early action to improve and develop a pattern of services (paragraph 7.21)
- provision of a further £5 million a year from 1986/87 to be channelled through the health authorities in England to expand facilities for drug misusers (paragraph 7.22)
- the establishment of a Drug Advisory Service for England and Wales (paragraph 7.22)
- the establishment of a £17 million central funding initiative to pump-prime local projects in England (paragraph 7.24)
- the spending of nearly £2 million in Scotland to provide support for local drug projects and SHHD's intention to maintain expenditure specifically for services for drug misusers at about £0.7 million annually (paragraph 7.25)
- the issue of guidelines of good clinical practice in the treatment of drug misuse (paragraphs 7.27 to 7.28).

March 1986

B) Statistiques

(1)
Table 2 Quantity of controlled drugs seized by drug type

United Kingdom		Kilogramme										
Drug type	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	
Class 'A' drugs												
Cocaine	10.4	7.1	9.9	13.7	16.1	24.0	40.2	21.1	18.8	80.0 (2)	65.5	
Dextromoramide	0.014	0.017	0.019	0.025	0.033	0.033	0.028	0.022	0.027	0.011	0.013	
Dipipanone	0.044	0.012	0.006	0.046	0.019	0.026	0.010	0.011	0.008	0.011	0.011	
Heroin	2.8	6.9	20.2	26.6	60.8	44.9	38.2	93.4	195.5	236.2 (2)	361.6	
Methadone	0.064	0.075	0.036	0.532	0.038	0.359	0.051	0.953	0.062	0.184	0.367	
Morphine	0.7	7.4	1.4	2.0	3.9	4.4	8.0	6.5	2.0	4.6	1.3	
Opium	20.0	19.3	2.7	18.5	20.4	63.2	36.2	16.5	21.5	7.8	6.4	
Pethidine	1.0	0.9	0.6	2.6	0.9	0.6	0.5	0.3	0.2	0.4	0.3	
LSU	0.062	0.041	0.016	1.488	0.007	0.343	0.005	0.024	0.091	0.024	0.210	
Other Class 'A' drugs	0.5	0.8	0.8	1.2	0.7	0.2	1.1	0.6	1.6	0.4	2.4	
Class 'B' drugs												
Cannabis	1979.6	3111.4	3168.8	1945.3	3161.5	6445.0	18419.2	16374.4	12995.5	13734.6	17723.1	
Cannabis plants(3)	5,616	5,298	9,718	10,580	8,467	22,306	34,654	21,178	18,091	15,714	43,126	
Cannabis resin	5781.7	2111.8	1922.8	2378.6	3479.6	5454.5	7752.5	7817.5	4413.0	6816.5	11293.5	
Cannabis liquid	3.0	84.6	67.8	28.5	55.2	41.4	128.0	81.6	34.4	42.9	53.5	
Amphetamine)												
Dexamphetamine)	3.8	20.2	7.6	18.4	1.7	3.9	5.1	18.0	12.5	34.9	58.1	
Levamphetamine)												
Methylamphetamine	0.0	1.2	0.8	17.2	0.3	4.7	0.1	0.1	1.1	0.001	0.698	
Other class 'B' drugs	26.6	3.9	0.5	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.9	0.039	0.039	
Class 'C' drugs												
Methaqualone	24.9	8.5	1.9	6.3	3.2	3.5	3.3	1.2	13.0	3.9	31.1	
Other class 'C' drugs	0.014	0.008	0.014	0.013	0.021	0.051	0.014	0.005	0.030	0.010	1.111	

(1) Drugs are seized in a variety of different forms but for the purpose of this table, where possible, amounts have been converted to weights. Seizures of unspecified quantities are not included.

(2) Revised figure.

(3) Number of plants seized.

(1)
Table 5 Persons found guilty of or cautioned for drugs offences by drug type

United Kingdom		Number of persons										
Type of drug	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	
Cocaine	375	379	327	309	348	331	476	506	426	563	698	
Heroin	444	393	464	393	483	520	751	808	966	1,508	2,446	
Methadone	464	484	416	347	369	298	363	445	404	379	411	
Dipipanone	369	409	361	378	493	453	440	498	566	370	252	
LSD	905	826	647	279	291	208	246	345	466	451	558	
Cannabis	9,517	9,987	9,946	10,607	11,572	12,409	14,910	15,388	17,410	19,966	20,529	
Amphetamines	1,482	1,501	1,909	1,788	1,093	760	827	1,074	1,521	2,008	2,501	
Other drugs	1,654	1,642	1,293	1,296	1,262	1,165	1,292	1,141	1,008	946	975	
All drugs	12,532	11,846	12,754	12,907	13,604	14,339	17,158	17,921	20,319	23,341	25,022	
Of which:												
Found guilty	12,138	11,603	12,482	12,704	13,394	14,054	16,919	17,687	19,633	22,158	22,682	
Cautioned (2)	394	243	272	203	210	285	239	254	486	1,183	2,140	

(1) As the same person may be found guilty of or cautioned for offences involving more than one drug, rows cannot be added together to produce totals.

(2) Nearly all of these cautions were given for offences involving cannabis (mainly simple possession of small amounts for personal use e.g. 2,140 out of 2,140 in 1984).

Table 7 Persons found guilty of or cautioned for drugs offences by age group

United Kingdom		Number and percentage of persons										
Age group	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	
Number of persons												
Under 17	335	203	171	185	149	214	282	293	459	588	707	
17 and under 21	4,446	3,470	3,273	3,044	3,163	3,185	3,691	4,068	5,004	6,058	6,462	
21 and under 25	4,410	4,416	4,564	4,354	4,364	4,319	4,846	4,686	5,560	6,205	6,682	
25 and under 30	2,129	2,441	3,168	3,442	3,674	3,952	4,685	4,709	4,808	5,150	5,363	
30 and over	1,212	1,316	1,578	1,882	2,254	2,869	3,674	3,965	4,488	5,340	5,808	
All ages	12,532	11,846	12,754	12,907	13,604	14,339	17,158	17,921	20,319	23,341	25,022	
Percentage of persons												
Under 17	3	2	1	1	1	1	2	2	2	3	3	
17 and under 21	35	29	26	24	23	22	22	23	25	26	26	
21 and under 25	35	37	36	34	32	30	28	27	27	27	27	
25 and under 30	17	21	25	27	27	28	27	26	24	22	21	
30 and over	10	11	12	15	17	19	21	22	22	23	23	
All ages	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Average age	23.0	23.6	24.1	24.5	24.8	25.2	25.8	25.5	25.2	25.2	25.7	

(1)
Table 9 Persons found guilty of drugs offences by drug type, and sentence or order

United Kingdom											Number of persons
Sentence	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Custodial sentence											
Cocaine	213	206	185	169	206	154	189	264	202	255	306
Heroin	242	207	249	247	289	247	366	427	490	607	1,226
Methadone	229	239	213	178	219	142	159	194	190	167	152
Dipipanone	213	206	197	193	295	231	226	236	264	179	125
LSU	204	214	168	71	44	65	75	92	141	142	185
Cannabis	1,427	1,494	1,619	1,707	1,673	1,840	1,763	2,034	2,216	2,688	3,100
Amphetamines	533	474	584	564	447	268	292	283	368	534	682
Other drugs	591	630	528	503	509	424	477	494	397	354	378
All drugs	2,380	2,409	2,538	2,536	2,506	2,340	2,618	2,907	3,308	3,936	4,766
Non-custodial sentence											
Cocaine	159	171	142	138	142	176	286	301	223	300	390
Heroin	201	185	211	145	194	270	383	379	473	802	1,178
Methadone	234	241	201	188	147	154	203	251	212	211	254
Dipipanone	154	199	163	184	196	220	211	260	300	188	126
LSU	620	575	456	206	207	138	170	252	319	498	351
Cannabis	7,808	7,340	8,125	8,733	9,716	10,516	12,927	13,119	14,742	16,157	15,415
Amphetamines	927	1,006	1,298	1,208	634	487	529	782	1,112	1,447	1,787
Other drugs	1,035	970	738	780	680	727	804	636	398	578	577
All drugs	9,758	9,194	9,944	10,168	10,868	11,708	14,301	14,680	16,525	18,222	18,116
Total											
Cocaine	372	377	327	307	348	330	475	565	425	553	696
Heroin	443	392	460	392	483	517	749	806	963	1,489	2,404
Methadone	463	480	414	366	366	296	362	445	402	378	406
Dipipanone	367	405	360	377	491	451	439	496	564	367	251
LSU	824	789	624	277	291	203	245	344	460	440	536
Cannabis	9,235	8,834	9,744	10,440	11,389	12,156	14,690	15,153	16,958	18,845	18,515
Amphetamines	1,460	1,480	1,882	1,772	1,081	755	821	1,065	1,500	1,981	2,449
Other drugs	1,626	1,600	1,266	1,283	1,249	1,151	1,281	1,130	995	930	955
All drugs	12,138	11,683	12,482	12,704	13,394	14,854	16,919	17,667	19,833	22,158	22,882

(1) As the same person may be found guilty of offences involving more than one drug, rows cannot be added together to produce totals for all drugs.

(2) In suspended, partly suspended and fully suspended imprisonment, detention centre, borstal, youth custody, young offender institutions (Scotland) and training school orders (Northern Ireland).

Table 10 Narcotic drug addicts notified to the Home Office during the year, numbers no longer recorded as addicts and number recorded at 31 December

United Kingdom	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Addicts recorded as receiving notifiable drugs at 1 January	1,816	1,967	1,949	1,874	2,016	2,402	2,666	2,846	3,844	4,371	5,079
Persons notified during the year as addicts by medical practitioners:											
New addicts	870	922	984	1,109	1,347	1,597	1,600	2,246	2,793	4,186	5,415
Former addicts	566	536	541	622	753	768	841	1,063	1,325	1,678	1,995
Total notified during the year	1,436	1,458	1,525	1,731	2,100	2,365	2,441	3,311	4,118	5,864	7,410
Persons no longer recorded as addicts at 31 December:											
Removed by reason of death	77	66	63	40	60	49	73	46	49	60	86
Admitted to penal or other institution	388	484	513	442	484	553	429	546	607	762	1,308
No longer recorded as receiving notifiable drugs	820	924	1,024	1,107	1,170	1,519	1,759	1,721	2,935	4,294	5,226
Total no longer recorded	1,285	1,476	1,600	1,589	1,714	2,121	2,261	2,313	3,591	5,156	6,620
Addicts recorded as receiving notifiable drugs at 31 December	1,967	1,949	1,874	2,016	2,402	2,666	2,846	3,844	4,371	5,079	5,869

Table 11 New and former narcotic drug addicts notified to the Home Office during the year by type of drug to which addiction was reported

United Kingdom		Number of persons										
Type of drug	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	
	New addicts											
Heroin (alone or with other drugs)	525	525	607	613	859	1,110	1,151	1,660	2,117	3,559	4,926	
Methadone (alone or with other drugs but not heroin)	165	155	140	170	154	174	152	207	245	245	236	
Dipipanone (alone or with other drugs but not heroin or methadone)	35	90	79	151	154	161	192	267	312	222	84	
Other drugs (alone or in combination)	145	152	158	175	176	152	105	114	119	160	169	
Total	870	922	984	1,109	1,347	1,597	1,600	2,248	2,793	4,186	5,415	
	Former addicts											
Heroin (alone or with other drugs)	315	287	305	344	410	449	506	674	869	1,227	1,685	
Methadone (alone or with other drugs but not heroin)	193	190	171	194	208	211	202	229	223	261	207	
Dipipanone (alone or with other drugs but not heroin or methadone)	6	19	30	48	87	89	99	123	181	129	69	
Other drugs (alone or in combination)	52	40	35	36	48	39	34	37	32	41	34	
Total	566	536	541	622	753	788	841	1,063	1,325	1,678	1,995	

